

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

Estudio comparativo de la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento, en un grupo de adolescentes entre 11 y 18 años con cáncer y un grupo de adolescentes de la misma edad que no hayan tenido este tipo de enfermedad.

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S.: 586/85 OCA: 143/89

Alumnas:

Carlassare, Micaela

Matricula: 7159/05 DNI: 32.906.946

Di Filippo, Carla María

Matricula: 7357/06 DNI: 33.912.793

Pérez Santamaría, Macarena

Matricula: 7207/05 DNI: 33.103.015

Supervisor: Dr. Darío Llull

Cátedra: Instrumentos de exploración Psicológica I

Fecha de presentación: 21 de Agosto

N° GLASIFICACION :	ADQUISICION :
T-13 C	102
	N° INVENTARIO :
	R-01279



“Este informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Carlassare, Micaela (Mat.: 7159/05), Di Filippo, Carla María (Mat.: 7357/06), Pérez Santamaría, Macarena (Mat.: 7207/05), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”,

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Carlassare, Micaela (Mat.: 7159/05), Di Filippo, Carla María (Mat.: 7357/06), Pérez Santamaría, Macarena (Mat.: 7207/05), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de los contenidos, a los 16 días del mes de Agosto del año 2013.



Dr. Lull, Darío
M.P. 45.983

Firma, aclaración y sello del supervisor

Mar del Plata, 16/08/2013.-

INFORME DE EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR

Expreso mi evaluación del trabajo de investigación de las alumnas Micaela Carlassare, Carla Di Filippo y Macarena Pérez Santamaría titulado “Estudio comparativo de la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento, en un grupo de adolescentes entre 11 y 18 años con cáncer y un grupo de adolescentes de la misma edad que no hayan tenido este tipo de enfermedad”.

Desde el inicio del trabajo, las alumnas demostraron responsabilidad y compromiso con la tarea, seriedad en el abordaje de la temática y persistencia en salvar los obstáculos que se les fueron presentando. Mostraron interés por la búsqueda de información, apertura a las sugerencias del supervisor y disposición al aprendizaje de nuevas herramientas para el desarrollo de la investigación propuesta.

Fue óptimo el grado de coherencia entre las actividades planificadas y las realizadas y tuvieron muy buena disposición para el tratamiento de los datos, animándose a un análisis estadístico, en su mayoría, desconocido inicialmente para ellas.

Expreso mi evaluación satisfactoria del presente trabajo. Asimismo, dejo a consideración de los profesionales dispuestos por la Facultad de Psicología la evaluación de la calidad académica del informe final.



Dr. Darío M. Llull


MP. 45993

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Carlassare, Micaela (Mat.: 7159/05), Di Filippo, Carla María (Mat.: 7357/06), Pérez Santamaría, Macarena (Mat.: 7207/05).”

Calificación: 10 (diez) - Sobresaliente.



Foscigione, N. Paola.



Lillo, Dario.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación: 18/12/13

Evaluación de Plan de trabajo investigación de pre-grado

Título del proyecto: Estudio comparativo de la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento, en un grupo de adolescentes entre 11 y 18 años con cáncer y un grupo de adolescentes de la misma edad que no hayan tenido este tipo de enfermedad.

Alumnos: Carlassare, Micaela
Di Filippo, Carla María
Pérez Santamaría, Macarena

Se considera que el estudio propuesto en el plan de trabajo presentado constituirá un interesante y relevante aporte para nuestra disciplina. A continuación se detallan una serie de observaciones para modificar al momento de la entrega final con el objetivo de optimizar la calidad y rigurosidad de este trabajo de investigación.

Descripción resumida	Se sugiere incluir el tamaño muestral y los instrumentos de evaluación a utilizar
Factibilidad	✓
Objetivos	El objetivo general no contempla a las dos muestras con las que se trabajará. Recordar que el objetivo general debe ser lo suficientemente abarcador para incluir a todos los objetivos particulares. Y los objetivos particulares deben estar lo suficientemente desglosados de manera que se facilite el posterior análisis de los datos.
Hipótesis	No queda clara la hipótesis respecto a las estrategias de afrontamiento. ¿Se hipotetiza que los adolescentes que hayan tenido cáncer presentarán una "mayor capacidad de estrategias de afrontamiento"? De ser así ¿qué implicaría esto? ¿más estrategias de afrontamiento? ¿mayor flexibilidad del afrontamiento?. Se recomienda clarificar este punto.
Metodología	Se sugiere especificar tipo de muestreo, y explicitar cómo y dónde se obtendrá la muestra
Bibliografía utilizada	✓
Cronograma	✓ Según se puede deducir a partir del apartado de técnicas, la entrevista semiestructurada será diseñada específicamente para este estudio; por lo cual se sugiere incluir su diseño como una de las actividades en el cronograma.
Pautas formales	Las citas y referencias bibliográficas no responden al formato de las normas APA propuesto para este trabajo de investigación de pregrado: <ul style="list-style-type: none"> - Se observan citas con diferentes formatos (Ej: algunos con apellidos en mayúscula y otros con minúscula, o citas donde además del apellido se colocó el nombre de los autores, lo cual es incorrecto) - Antes de los paréntesis de citas NO corresponde colocar punto. - Cuando se hacen citas textuales de menos de 40 palabras (como en la descripción resumida) debe citarse la obra y la página donde se halla. De todos modos no es conveniente colocar citas textuales en el resumen. - Las referencias bibliográficas deben ir con sangría francesa y sin viñetas - Se observan citas que luego no aparecen en la bibliografía: <ol style="list-style-type: none"> a) Roha, 2004 (en el apartado de Motivos y Antecedentes) b) Frydenberg & Lewis (falta el año) (en el apartado de técnicas)

Universidad nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

Proyecto de investigación-requisito curricular.

Plan de estudios O.C.S. 143/89

Apellido y Nombre de los alumnos:

Carlassare, Micaela

Matricula: 7159/05

Di Filippo, Carla María

Matricula: 7357/06

Pérez Santamaría, Macarena

Matricula: 7207/05

Cátedra o Seminario de radicación:

Instrumentos de exploración psicológica I.

Supervisor: Dr. Darío Llull.

Título del proyecto: Estudio comparativo de la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento, en un grupo de adolescentes entre 11 y 18 años con cáncer y un grupo de adolescentes de la misma edad que no hayan tenido este tipo de enfermedad.

Descripción resumida:

El concepto de resiliencia es tan antiguo como la misma humanidad y aparece enmarcado en la capacidad de supervivencia del ser humano a través de las diferentes etapas del mundo. No obstante, sólo emerge recientemente como tal, incorporado a los principios de la ingeniería. La adopción de este concepto dentro del contexto de las ciencias humanas surge en la década del '90; el término evoca adversidad, crisis, dificultades, superación y lucha.

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"

El cáncer enfrenta al sujeto a una situación: superar su enfermedad.

Los adolescentes que hayan padecido cáncer, podrían presentar la capacidad de resiliencia y sus estrategias de afrontamiento fortalecidas por dicha situación. Por ese motivo, en el presente estudio se espera comparar dichos constructos psicológicos en dos grupos poblacionales de adolescentes (con cáncer y sin la enfermedad).

Palabras claves: Resiliencia- Estrategias de Afrontamiento- Cáncer- Adolescencia.

Motivos y Antecedentes.

La psicología positiva nace como una rama de la psicología científica, y tiene como meta mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales, mediante el estudio de las cualidades y emociones positivas del ser humano. Resalta la enorme capacidad que tiene el ser humano de resistir y rehacerse ante las adversidades de la vida. En contraposición a la Psicología tradicional, quien ha dedicado todo su esfuerzo, al estudio de los efectos negativos del trauma. → Incluir cita

El cáncer y sus tratamientos se han asociado negativamente a la calidad de vida; sin embargo con el avance de la Psicología Positiva y la Psicooncología, se ha llegado a la conclusión, a raíz de varios estudios, que los sujetos que han pasado por una enfermedad como el cáncer, están bien adaptados psicológicamente y que, comparados con la población general, presentan niveles de ansiedad, depresión, autoestima, y otras medidas de ajuste, equiparables o mejores que ellos (Vera Poseck, Beatriz; Carbelo Baquero, Begoña; Vecina Jiménez, María Luisa, 2006).

El significado de la palabra "resiliencia", fue trasladado del área de la Ingeniería a la Psicología, siendo un paralelo en la cualidad de los cuerpos físicos, manifestada en

→ No corresponde
En las citas no deben colorarse nombres, y los apellidos se separa con una cuando es trata de una obra

la capacidad de éstos de responder a los choques y el grado de resistencia del material frente a los impactos: cuanto menos frágil es el objeto, mayor es su resiliencia. Es decir, la resiliencia de un cuerpo, mide su capacidad de recuperarse, retroceder o reasumir su tamaño y forma original luego del daño o impacto sufrido" (Lespada, Juan Carlos, 2007) Citas textuales de más de 40 palabras. Se identifica en ambos márgenes se quitan comillas y luego del año se cobra: p. no de página/s de donde se extrae

Al explorar la literatura existente en las ciencias humanas sobre este tema, se puede percibir que se trata de un concepto que aún está en construcción dentro de esta área, posiblemente porque su extrapolación es de origen reciente. Según la mayoría de estudiosos y autores, el concepto hace referencia no solamente a individuos particulares, sino también a grupos familiares y/o comunitarios, y "consiste en la capacidad que tienen niños, adultos o familias, para actuar correctamente y tener éxito pese a las circunstancias adversas que lo rodean para recuperarse después de vivir eventos estresantes y reasumir con éxito su actividad habitual" (Lespada, Juan Carlos, 2007)

Recordar que citas textuales deben ir con no página, luego del año.

El nombre no corresponde

La resiliencia no es una cualidad personal del niño, ni ocurre permanentemente. A fin de lograr y mantener una adaptación resiliente, los niños deben recibir apoyo de adultos en sus ambientes cotidianos. A su vez, lo anterior implica garantizar que sus cuidadores más tempranos y cercanos, generalmente sus madres, tengan recursos adecuados para brindar un cuidado óptimo, no sólo en términos económicos, sino también psicológicos. Desde la perspectiva de la intervención, el principio central que proviene de la investigación existente es que la resiliencia descansa, fundamentalmente, en relaciones sólidas. Por tanto, el camino más conveniente para reforzar la adaptación resiliente es garantizar que los niños reciban cuidado y apoyo permanente, lo más temprano posible, de quienes son los principales responsables de su cuidado. Falta cita.

El afrontamiento psicológico del cáncer infantil implica el uso de estrategias y recursos que ayuden al niño y a su familia a vivenciar la enfermedad con la menor afectación emocional y comportamental posible.

Figuroa e Imach^(año) en su estudio "Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes", señalan que Lazarus y Folkman entienden que el afrontamiento

Si se cita aquí, no es necesario repetir la cita luego.



constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente, proponiendo que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver (Figueroa e Imach, 2006). Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. La experiencia de haber sobrevivido a una enfermedad potencialmente amenazadora, como es el cáncer, para la vida de un individuo, puede conllevar un cambio de valores, prioridades vitales o incluso ciertos cambios en el modo de ver el mundo o a uno mismo.

La mayoría de los trabajos sobre resiliencia apuntan a la promoción de la misma, en lo que refiere a un estudio comparativo tal como es el objetivo del presente trabajo, se encuentra una investigación de Carmina Castellano, quien realiza un examen sobre “Calidad de vida en adolescentes supervivientes de cáncer infantojuvenil”, comparando con adolescentes de la población general sin historia previa de cáncer (Castellano, 2009).

Se deben
usar itálicas
no comillas
(*)

Otra investigación es de Norma Ivonne González-Arratia, Dalia Nieto, José Luis Valdez, la misma lleva el nombre: “Resiliencia en madres e hijos con cáncer” en la cual se llega a la conclusión que la familia es un factor de protección indispensable para favorecer el desarrollo de la resiliencia. Además se encuentra una investigación de Gabriela Medín, llamada: Supervivientes de cáncer infantil. Efectos en el tiempo. Un estudio cualitativo”, cuyo objetivo general del estudio es conocer los significados personales que tomó la experiencia para los niños. (González-Arratia, Nieto y Valdez, 2011; Medín, 2009).

En el caso de estrategias de afrontamiento se han publicado diversos estudios. Baquero, Londoño y Low^(año) estudiaron a 30 pacientes diagnosticados con cáncer, encontraron que la adopción de una u otra estrategia de afrontamiento estaría relacionada con la red de apoyo social con la que cuentan los individuos. Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno^(año) trabajaron con 28 pacientes de entre 18 y 70 años de ambos géneros diagnosticados con diferentes tipos de cáncer, los resultados obtenidos a partir de este estudio indican que los pacientes utilizaron con frecuencia estrategias

de tipo cognitivo que les favoreciera sobrellevar el impacto de la enfermedad. (Baquero, Londoño y Low, (s/f)).

Figueroa e Imach^(año) analizaron, desde el punto de vista teórico, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes; según esta investigación cada adolescente dispone de varias estrategias para enfrentar los estresores. La selección de las mismas va a depender del contexto psicosocial, y de la personalidad de cada uno, que da cuenta de la variedad de recursos que dispone el sujeto.

En relación a los antecedentes epidemiológicos de cáncer infantil, según datos obtenidos de la fundación Kaleidos, se estima que 1 de cada 500 niños es diagnosticado de cáncer antes de cumplir los 15 años; 250.000 niños son diagnosticados de cáncer por año en todo el mundo; el 70% de los niños con cáncer sobreviven si son tratados en forma adecuada. (ROHA, 2004).

El 80% de los niños con cáncer en el mundo no son diagnosticados o tratados adecuadamente, existiendo grandes diferencias entre países desarrollados y en países en vía de desarrollo. → (citar la fuente de estos datos)

Más de 100.000 muertes de niños con cáncer podrían ser evitados anualmente si todos los niños del mundo tuvieran igual acceso al diagnóstico y al tratamiento. → (citar fuente)

Según información obtenida de esta institución, en la adolescencia, entre los 10 años y 15 años aproximadamente, los tipos de cáncer que predominan son: Tumores del Sistema Nervioso Central, Tumores óseos, Linfomas y Tumores Reticuloendoteliales, Tumores de partes Blandas, Tumores de células Germinales, Carcinomas y otros Tumores Epiteliales.

Considerando la importancia de esta enfermedad, la realización de un estudio comparativo entre adolescentes que hayan sufrido cáncer infantil y adolescentes que no lo hayan padecido podría mostrarnos si los adolescentes sobrevivientes del cáncer presentan un patrón mayor de respuesta resiliente y estrategias de afrontamiento que el resto de los sujetos, en otras palabras, cierta capacidad para adaptarse positivamente a una situación amenazante y sobreponerse a ésta satisfactoriamente.

Objetivo general:

- Explorar y conocer la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento en adolescentes que estén bajo tratamiento oncológico o que hayan finalizado el mismo dentro de un periodo no mayor a doce meses

Objetivo particular:

- Realizar una comparación de la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento, entre dos grupos de adolescentes: quienes estén bajo tratamiento oncológico o que hayan finalizado el mismo dentro de un periodo no mayor a doce meses, y aquellos adolescentes que no hayan pasado por esta enfermedad.

Hipótesis:

Los adolescentes que hayan tenido cáncer o estén bajo tratamiento oncológico presentan una mayor capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento que los adolescentes que no hayan atravesado por este tipo de enfermedad.

Métodos y Técnicas:

El diseño metodológico de esta investigación es de carácter descriptivo – exploratorio.

El primer paso, lo constituye la búsqueda y clasificación de información en diferentes fuentes: bibliotecas de instituciones académicas, base de datos específicas de medicina y psicología, sitios específicos de internet.

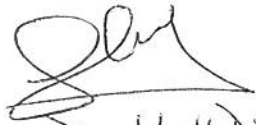
El segundo paso consistirá en la aplicación de técnicas a dos grupos de treinta adolescentes cada uno, entre 11 y 18 años. Uno de los grupos estará constituido por adolescentes que estén bajo tratamiento oncológico y/o hayan finalizado su tratamiento dentro de un periodo no mayor a doce meses; el otro grupo estará conformado por adolescentes que no hayan atravesado por este tipo de enfermedad.

Las técnicas a administrar consistirán:

Bibliografía: Revisar y adecuar al formato APA.

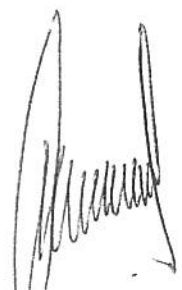
- Baquero, Alejandra. Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. Recuperado <http://amesecolombia.com>
- Castellano Carmina. Calidad de vida en adolescentes supervivientes de cáncer infantojuvenil. (2009). <http://www.uab.es/>
- Fernandez Abascal, Enrique (2000). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. Revista electrónica de motivación y emoción. Año 2000. vol.3, numero 4. <http://reme.uji.es/>
- Figuroa, M. & Imach, Silvina. Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes. Pensar la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico. Contini (Compiladora). Paidós. Cuadernos de Evaluación Psicológica. 2006. ISBN: 950-12-2911-4. Buenos Aires.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, M. ^{↓ Año} Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Psicología desde el caribe. N° 20, agosto – diciembre 2007.
- Ivonne Norma, González-Arratia, Dalia Nieto, José Luis Valdez. Resiliencia en madres e hijos con cáncer (2011) www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia
- Lespada, Juan Carlos. (2007). Enseñar y aprender en comunidades socialmente desfavorecidas. Instituto de Formación docente "Almafuerte". Mar del Plata, Editorial.

- Llobet, Valeria. (2005). La promoción de resiliencia con niños y adolescentes. Ediciones educativas.
↓ Ciudad editorial
- Medín Gabriela. Supervivientes de cáncer infantil. Efectos en el tiempo. Un estudio cualitativo. (2009), <http://revistas.ucm.es/>
↑ Recuperado de.
- Organización panamericana de la salud. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.
- Ortigosa, Juan Carlos.(2009) Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo conductual. Revista Psicooncología, Monográfico Cáncer en el niño. Vol. 6, Números 2-3. Diciembre 2009
- ~~Publicación del~~ Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA) 2004. <http://www.fundacionkaleidos.org/>
- Puerta de Klinkert, María Piedad. (2002). Resiliencia, la estimulación del niño para enfrentar desafíos. <http://biblioteca2.icesi.edu.co>
- Vera Poseck, Beatriz; Carbelo Baquero, Begoña; Vecina Jiménez, María Luisa. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. (Papeles del Psicólogo, 2006. Vol. 27(1), pp. 40-49)


Dr. Lluís Dario
H.P. 45983


Carlos Ricardo


CARLA


Perez Santamaría
Macarena.

Universidad nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

Proyecto de investigación-requisito curricular.

Plan de estudios O.C.S. 143/89

Apellido y Nombre de los alumnos:

Carlassare, Micaela

Matricula: 7159/05

Di Filippo, Carla María

Matricula: 7357/06

Pérez Santamaría, Macarena

Matricula: 7207/05

Cátedra o Seminario de radicación:

Instrumentos de exploración psicológica I.

Supervisor: Dr. Darío Llull.

Título del proyecto: Estudio comparativo de la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento, en un grupo de adolescentes entre 11 y 18 años con cáncer y un grupo de adolescentes de la misma edad que no hayan tenido este tipo de enfermedad.



Descripción resumida:

El concepto de resiliencia es tan antiguo como la misma humanidad y aparece enmarcado en la capacidad de supervivencia del ser humano a través de las diferentes etapas del mundo. No obstante, sólo emerge recientemente como tal, incorporado a los principios de la ingeniería. La adopción de este concepto dentro del contexto de las ciencias humanas surge en la década del '90; el término evoca adversidad, crisis, dificultades, superación y lucha.

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”

El cáncer enfrenta al sujeto a una situación: superar su enfermedad.

Los adolescentes que hayan padecido cáncer, podrían presentar la capacidad de resiliencia y sus estrategias de afrontamiento fortalecidas por dicha situación. Por ese motivo, en el presente estudio se espera comparar dichos constructos psicológicos en dos grupos poblacionales de treinta adolescentes cada uno (con cáncer y sin la enfermedad). El mismo se realizará a través de: una entrevista semi estructurada, y dos *escalas*: *Escala de resiliencia para adolescentes*. Autores: Odin Hjemdal & Oddgeir Friborg; y *Escala de Estrategias de Afrontamiento ACS (Adolescent Coping Scale)* Autores: Frydenberg y Lewis.

Palabras claves: Resiliencia- Estrategias de Afrontamiento- Cáncer- Adolescencia.

Motivos y Antecedentes.

La psicología positiva nace como una rama de la psicología científica, y tiene como meta mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales, mediante el estudio de las cualidades y emociones positivas del ser humano. Resalta la enorme capacidad que tiene el ser humano de resistir y rehacerse ante las adversidades de la vida. En contraposición a la Psicología tradicional, quien ha dedicado todo su esfuerzo, al estudio de los efectos negativos del trauma.

El cáncer y sus tratamientos se han asociado negativamente a la calidad de vida; sin embargo con el avance de la Psicología Positiva y la Psicooncología, se ha llegado a la conclusión, a raíz de varios estudios, que los sujetos que han pasado por una enfermedad como el cáncer, están bien adaptados psicológicamente y que, comparados con la población general, presentan niveles de ansiedad, depresión, autoestima, y otras medidas de ajuste, equiparables o mejores que ellos (Vera Poseck, Carbelo, Baquero, Begoña, Vecina Jiménez, 2006).

El origen del concepto resiliencia tomado por la Psicología, proviene del área de la Ingeniería. El mismo hace referencia a la cualidad de los cuerpos físicos, de modo que la resiliencia de un cuerpo mide la capacidad de recuperarse ante algún impacto o daño sufrido, es decir, cuanto menos frágil es el objeto mayor es su resiliencia.

Al explorar la literatura existente en las ciencias humanas sobre este tema, se puede percibir que se trata de un concepto que aún está en construcción dentro de esta área, posiblemente porque su extrapolación es de origen reciente. Según la mayoría de estudiosos y autores, el concepto hace referencia no solamente a individuos particulares, sino también a grupos familiares y/o comunitarios, y "consiste en la capacidad que tienen niños, adultos o familias,

para actuar correctamente y tener éxito pese a las circunstancias adversas que lo rodean para recuperarse después de vivir eventos estresantes y reasumir con éxito su actividad habitual” (Lespada, 2007, p.27)

La resiliencia no es una cualidad personal del niño, ni ocurre permanentemente. A fin de lograr y mantener una adaptación resiliente, los niños deben recibir apoyo de adultos en sus ambientes cotidianos. A su vez, lo anterior implica garantizar que sus cuidadores más tempranos y cercanos, generalmente sus madres, tengan recursos adecuados para brindar un cuidado óptimo, no sólo en términos económicos, sino también psicológicos. Desde la perspectiva de la intervención, el principio central que proviene de la investigación existente es que la resiliencia descansa, fundamentalmente, en relaciones sólidas. Por tanto, el camino más conveniente para reforzar la adaptación resiliente es garantizar que los niños reciban cuidado y apoyo permanente, lo más temprano posible, de quienes son los principales responsables de su cuidado (Luthar, 2010, p.4)

El afrontamiento psicológico del cáncer infantil implica el uso de estrategias y recursos que ayuden al niño y a su familia a vivenciar la enfermedad con la menor afectación emocional y comportamental posible.

Figueroa & Imach (2006) en su estudio “Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes”, señalan que Lazarus y Folkman entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente, proponiendo que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver. Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. La experiencia de haber sobrevivido a una enfermedad potencialmente amenazadora, como es el cáncer, para la vida de un individuo,

puede conllevar un cambio de valores, prioridades vitales o incluso ciertos cambios en el modo de ver el mundo o a uno mismo.

La mayoría de los trabajos sobre resiliencia apuntan a la promoción de la misma, en lo que refiere a un estudio comparativo tal como es el objetivo del presente trabajo, se encuentra una investigación de Carmina Castellano, quien realiza un examen sobre *Calidad de vida en adolescentes supervivientes de cáncer infantojuvenil*, comparando con adolescentes de la población general sin historia previa de cáncer (Castellano, 2009).

Otra investigación es de Norma Ivonne González-Arratia, Dalia Nieto, José Luis Valdez, la misma lleva el nombre: *Resiliencia en madres e hijos con cáncer* en la cual se llega a la conclusión que la familia es un factor de protección indispensable para favorecer el desarrollo de la resiliencia. Además se encuentra una investigación de Gabriela Medín, llamada: *Supervivientes de cáncer infantil. Efectos en el tiempo*. Un estudio cualitativo, cuyo objetivo general del estudio es conocer los significados personales que tomó la experiencia para los niños. (González-Arratia, Nieto & Valdez, 2011; Medín, 2009).

En el caso de estrategias de afrontamiento se han publicado diversos estudios. Baquero, Londoño y Low (2008) estudiaron a 30 pacientes diagnosticados con cáncer, encontraron que la adopción de una u otra estrategia de afrontamiento estaría relacionada con la red de apoyo social con la que cuentan los individuos. Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) trabajaron con 28 pacientes de entre 18 y 70 años de ambos géneros diagnosticados con diferentes tipos de cáncer, los resultados obtenidos a partir de este estudio indican que los pacientes utilizaron con frecuencia estrategias de tipo cognitivo que les favoreciera sobrellevar el impacto de la enfermedad. (Baquero, Londoño y Low, 2008).

Figuroa & Imach (2006) analizaron, desde el punto de vista teórico, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes; según esta investigación cada adolescente dispone de varias estrategias para enfrentar los estresores. La selección de las mismas va a depender del contexto psicosocial, y de la personalidad de cada uno, que da cuenta de la variedad de recursos que dispone el sujeto.

En relación a los antecedentes epidemiológicos de cáncer infantil, según datos obtenidos de la fundación Kaleidos, se estima que 1 de cada 500 niños es diagnosticado de cáncer antes de cumplir los 15 años; 250.000 niños son diagnosticados de cáncer por año en todo el mundo; el 70% de los niños con cáncer sobreviven si son tratados en forma adecuada. (Registro Oncopediatrico Hospitalario Argentino, 2004).

El 80% de los niños con cáncer en el mundo no son diagnosticados o tratados adecuadamente, existiendo grandes diferencias entre países desarrollados y en países en vía de desarrollo. (Registro Oncopediatrico Hospitalario Argentino, 2004).

Más de 100.000 muertes de niños con cáncer podrían ser evitados anualmente si todos los niños del mundo tuvieran igual acceso al diagnóstico y al tratamiento. (Registro Oncopediatrico Hospitalario Argentino, 2004).

Según información obtenida de esta institución, en la adolescencia, entre los 10 años y 15 años aproximadamente, los tipos de cáncer que predominan son: Tumores del Sistema Nervioso Central, Tumores óseos, Linfomas y Tumores Reticuloendoteliales, Tumores de partes Blandas, Tumores de células Germinales, Carcinomas y otros Tumores Epiteliales.

Considerando la importancia de esta enfermedad, la realización de un estudio comparativo entre adolescentes que hayan sufrido cáncer infantil y adolescentes que no lo hayan padecido podría mostrarnos si los adolescentes



sobrevivientes del cáncer presentan un patrón mayor de respuesta resiliente y estrategias de afrontamiento que el resto de los sujetos, en otras palabras, cierta capacidad para adaptarse positivamente a una situación amenazante y sobreponerse a ésta satisfactoriamente.

Objetivo general:

- Explorar y conocer la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento en adolescentes. La muestra estará formada por dos grupos: uno de ellos compuesto por sujetos que estén bajo tratamiento oncológico o que hayan finalizado el mismo dentro de un periodo no mayor a doce meses, y otro grupo constituido por adolescentes que no hayan padecido la enfermedad.

Objetivo particular:

- Examinar la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento en cada grupos de adolescentes: uno de ellos bajo tratamiento oncológico o que hayan finalizado el mismo dentro de un periodo no mayor a doce meses, y otro grupo por adolescentes que no hayan pasado por esta enfermedad.
- Realizar una comparación de la capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento a través de los resultados obtenidos de cada muestra.

Hipótesis:

Los adolescentes que hayan tenido cáncer o estén bajo tratamiento oncológico presentan una mayor capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento que los adolescentes que no hayan atravesado por este tipo de enfermedad.

Los adolescentes que hayan tenido cáncer o estén bajo tratamiento oncológico a comparación de los adolescentes que no hayan atravesado por este tipo de enfermedad presentan: una mayor capacidad de resiliencia, y fortalecidas sus estrategias de afrontamiento, esto ultimo implicaría una mayor capacidad de adaptación ante cualquier tipo de situación.

Métodos y Técnicas:

El diseño metodológico de esta investigación es de carácter descriptivo – exploratorio.

El primer paso, lo constituye la búsqueda y clasificación de información en diferentes fuentes: bibliotecas de instituciones académicas, base de datos específicas de medicina y psicología, sitios específicos de internet.

El segundo paso consistirá en la aplicación de técnicas a dos grupos de treinta adolescentes cada uno, entre 11 y 18 años. Uno de los grupos estará constituido por adolescentes que estén bajo tratamiento oncológico y/o hayan finalizado su tratamiento dentro de un periodo no mayor a doce meses; el otro grupo estará conformado por adolescentes que no hayan atravesado por este tipo de enfermedad.

La muestra es de tipo no probabilística, debido a que no se recurre al azar sino que se realiza de manera intencional dependiendo de las características pertinentes al estudio en desarrollo.

La muestra de los adolescentes que estén bajo tratamiento oncológico y/o hayan finalizado su tratamiento se obtendrá a través de PAANET, la misma es una Casa de día para niños y adolescentes con cáncer y sus grupos familiares. El grupo de adolescentes que no hayan padecido la enfermedad se obtendrá de manera particular.

Las técnicas a administrar consistirán:

- Una entrevista semiestructurada con el objetivo de indagar datos personales, demográficos, acontecimientos vitales significativos y aspectos de la enfermedad en el caso de haberla tenido.
- Luego se administrará *la escala de resiliencia para adolescentes*. Autores: Odin Hjemdal & Oddgeir Friberg (2007) versión argentina: Castañeiras *et al.*(2010) Grupo GIEPsi*. (Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, 2010)
- Por último se aplicará la escala de Estrategias de Afrontamiento ACS (Adolescent Coping Scale) Autores: Frydenberg & Lewis (1991), versión española: Pereña y Seisdedos. (1997)
- Una vez administradas las técnicas, el tercer paso consistirá, en el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos obtenidos, comprobando o no la hipótesis planteada.



Lugar de realización del trabajo:

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Cronograma:

Mes 2013	Búsqueda y clasificación de la información	Conformación del marco teórico	Diseño de entrevista semiestructurada	Selección de la muestra de adolescentes	Aplicación del instrumento	Análisis de la información obtenida	Integración de los datos con material recabado previamente	Elaboración del informe final y conclusiones	Entrega del informe final
Enero	X								
Febrero	X								
Marzo	X	X							
Abril	X	X	X	X					
Mayo	X	X		X					
Junio	X	X			X				
Julio	X				X	X	X	X	
Agosto	X							X	X

Bibliografía:

Baquero, Alejandra. Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. Recuperado de: <http://amesecolombia.com>

Castañeiras *et al.*(2010). Escala de resiliencia para adolescentes.

Castellano Carmina. Calidad de vida en adolescentes supervivientes de cáncer infantojuvenil. (2009). Recuperado de: <http://www.uab.es/>

Fernandez Abascal, Enrique (2000). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. Revista electrónica de motivación y emoción. Año 2000. vol.3, numero 4. Recuperado de: <http://reme.uji.es/>

Figuroa, M. & Imach, Silvina. Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes. Pensar la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico. Contini (Compiladora). Paidós. Cuadernos de Evaluación Psicológica. 2006. ISBN: 950-12-2911-4. Buenos Aires.

Frydenberg & Lewis (1991), Estrategias de Afrontamiento ACS (Adolescent Coping Scale)

Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, M. (2007) Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Psicología desde el caribe. N° 20, agosto – diciembre 2007.

Hjemdal & Friborg (2007). Escala de resiliencia para adolescentes

Ivonne Norma, González-Arratia, Dalia Nieto, José Luis Valdez. Resiliencia en madres e hijos con cáncer (2011) Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia>

Lespada, Juan Carlos. (2007). Enseñar y aprender en comunidades socialmente desfavorecidas. Instituto de Formación docente "Almafuerte". Municipalidad de General Pueyrredon. Secretaria de Educación.

Llobet, Valeria. (2005). La promoción de resiliencia con niños y adolescentes. Ediciones Paidós. Buenos Aires.

Luthar, S. (2010). Resiliencia a Edad Temprana y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial del Niño. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la primera infancia.

Medín Gabriela. Supervivientes de cáncer infantil. Efectos en el tiempo. Un estudio cualitativo (2009). Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/>

Organización panamericana de la salud (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.

Ortigosa, Juan Carlos (2009) Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo conductual. Revista Psicooncología, Monográfico Cáncer en el niño. Vol. 6, Números 2-3. Diciembre 2009

Pereña y Seisdedos (1997). Estrategias de Afrontamiento ACS, version española.

Puerta de Klinkert, María Piedad (2002). Resiliencia, la estimulación del niño para enfrentar desafíos. <http://biblioteca2.icesi.edu.co>

Registro Oncopediatrico Hospitalario Argentino(2004). Recuperado de: <http://www.fundacionkaleidos.org/>

Vera Poseck, Beatriz; Carbelo Baquero, Begoña; Vecina Jiménez, María Luisa. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. (Papeles del Psicólogo, 2006. Vol. 27(1), pp. 40-49.



INDICE

<u>TEMAS</u>	<u>PÁGINA</u>
I. Introducción	1
II. Marco teórico	3
<u>1. Aspectos biológicos del cáncer</u>	3
1.1 Etiología.....	4
1.2 Epidemiología.....	4
1.3 Etiología del cáncer.....	5
1.4. Prevención del cáncer.....	6
1.5. Tratamiento.....	7
1.6. Cuidados paliativos	7
<u>2. Adolescencia</u>	8
2.1 Cáncer y adolescencia.....	9
<u>3. Estrategias de afrontamiento</u>	12
3.1 Afrontamiento y adolescencia.....	18
3.2 Afrontamiento y cáncer.....	20
3.3 Investigaciones.....	21
<u>4. Resiliencia</u>	23
4.1 Origen del termino.....	27
4.2 Resiliencia y adolescencia.....	27
4.3 Resiliencia y cáncer.....	30
4.4 Investigaciones.....	35
<u>III. Metodología</u>	37
1. Características de la investigación.....	37
2. Técnicas administradas.....	38
<u>IV. Análisis e interpretación de datos</u>	43

1. Características de la muestra.....	43
2. Análisis e interpretación de resultados.....	44
<u>V. Conclusiones</u>	54
<u>VI. Bibliografía</u>	57
<u>Anexos</u>	63
Consentimiento.....	64
Cuestionario A.....	65
Cuestionario B.....	69
Test de Estrategias de Afrontamiento.....	72
Escala de Resiliencia para Adolescentes.....	76

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación se expone surge dentro del marco del modelo de la Psicología Positiva, la misma se aleja de los modelos que han permanecido durante varios años, los cuales se caracterizan por el enfoque en el sufrimiento, en las enfermedades mentales, en las debilidades y en las emociones negativas. Frente a este último modelo, la Psicología positiva estudia las fortalezas humanas y las emociones positivas, y plantea a las situaciones difíciles que enfrenta el ser humano, como fuentes de crecimiento y fortalecimiento.

La presente investigación pretende ser una pequeña contribución a la ampliación del conocimiento en Resiliencia y Estrategias de Afrontamiento en adolescentes que han tenido cáncer. Dado que en nuestro contexto temas relacionados al campo de la Psicología Positiva siguen siendo poco desarrollados, pensamos que abre nuevas posibilidades de mantener una mirada positiva del ser humano y de examinar sus potencialidades.

Es en este marco que surge el objetivo de este trabajo: examinar y comparar la capacidad de Resiliencia y Estrategias de afrontamiento en dos grupos de 30 adolescentes cada uno, de 11 a 18 años de edad. Un grupo compuesto por adolescentes bajo tratamiento oncológico o que hayan finalizado el mismo dentro de un periodo no mayor a doce meses, y otro grupo formado por adolescentes que no hayan pasado por esta enfermedad.

En el presente trabajo se estudió la influencia de la enfermedad oncológica sobre los constructos Resiliencia y Estrategias de Afrontamiento, en adolescentes, con el fin de demostrar que estos adolescentes presentan una mayor capacidad de Resiliencia y fortalecidas sus Estrategias de Afrontamiento, a comparación de los adolescentes que no hayan atravesado por este tipo de enfermedad.

El diseño metodológico de la presente investigación es de carácter exploratorio - descriptivo. La muestra de los adolescentes que estén bajo tratamiento oncológico y/o hayan finalizado su tratamiento se obtuvo a través de PAANET, la misma es una Casa de día para niños y adolescentes con cáncer y sus grupos familiares. El grupo de adolescentes que no han padecido la enfermedad se obtuvo de manera incidental, de integrantes de la ciudad de Mar del Plata.

Las técnicas administradas fueron en primer lugar, una entrevista semiestructurada, con el objetivo de indagar datos personales, demográficos, acontecimientos vitales significativos y aspectos de la enfermedad en el caso de haberla tenido. Luego se administró *la escala de resiliencia para adolescentes*. Autores: Odin Hjemdal & Oddgeir Friborg (2007) versión argentina: Castañeiras *et al.*(2010) Grupo GIEPsi (Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, 2010). En tercer lugar se aplicó la escala de Estrategias de Afrontamiento ACS (Adolescent Coping Scale) Autores: Frydenberg & Lewis (1991), versión española: Pereña y Seisdedos (1997).

Se presenta en primer lugar el marco teórico, en el cual se desarrollan todas las variables de estudio, tales como la enfermedad del cáncer, sus aspectos biológicos y psicológicos en relación a la adolescencia, los constructos de Estrategias de Afrontamiento y Resiliencia en relación a esta etapa del desarrollo, y una revisión de las investigaciones que se han realizado con anterioridad sobre el fenómeno en estudio.

A continuación se incluye un apartado donde se lleva a cabo una explicación de la metodología de la investigación.

Luego se ofrecen los resultados y el análisis de los datos obtenidos a través de las técnicas.

En el último capítulo se presentan las conclusiones del trabajo.

II. MARCO TEORICO

1. Aspectos Biológicos del Cáncer

Cáncer es un término que se utiliza para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos.

Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático (American Cancer Society, 2011).

El cáncer no es solo una enfermedad sino muchas enfermedades. La mayoría de los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan. Se podría decir que hay tantos tipos de cáncer como órganos y tejidos del cuerpo; por ejemplo, cáncer de hígado, pulmón, próstata o colon.

El cáncer, también llamado tumor maligno o enfermedad oncológica, engloba un conjunto de enfermedades que presentan formas y evoluciones muy diferentes, pero siempre con un mismo principio: el crecimiento excesivo e incontrolado de células anormales que invaden y lesionan tejidos y órganos.



1.1. Etiología

Etimológicamente el término *cáncer* proviene del griego *kankros* y significa literalmente *cangrejo*. Esta palabra se empezó a utilizar porque la forma y la estructura de los tumores que se observaron en tiempos de Hipócrates (médico griego del siglo V A.C.) recordaba a este animal: un cuerpo central del que se desprenden ramificaciones (Instituto Nacional del cáncer, 2009).

De la misma manera, *neoplasia* es un término que viene del griego y que quiere decir *neoformación o neocrecimiento*, o lo que es lo mismo, crecimiento excesivo de un tejido que forma una masa diferenciada denominada tumor, que puede ser benigno o maligno.

El conocimiento de la enfermedad se remonta a los inicios de la historia de la medicina. En el antiguo Egipto ya se conocían y se trataban los tumores. Igualmente, gracias a la exploración radiológica, se han encontrado tumores óseos en huesos largos de algunas momias.

1.2. Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardíacas. Mientras que la muerte por enfermedades cardíacas está disminuyendo en los países desarrollados, las muertes por cáncer están aumentando, y se estima que ésta será la primera causa de muerte a lo largo del siglo (American Cancer Society, 2011).

Sin embargo, y gracias al diagnóstico precoz, los avances diagnósticos y el mejor resultado de los tratamientos, aumenta cada vez más la supervivencia de las personas afectadas, es decir, se reducen las tasas de mortalidad global por cáncer.

Actualmente, la tasa de supervivencia general (porcentaje de personas vivas en un determinado período de tiempo, generalmente 5 años, después del diagnóstico o del tratamiento) del cáncer es aproximadamente de un 50 %, y se están dedicando grandes esfuerzos a la investigación para tener tratamientos más curativos y con menos efectos secundarios.

Más del 40% de los cánceres se pueden prevenir, mientras que otros se pueden detectar en las primeras fases de su desarrollo y ser tratados y curados. Incluso, en etapas avanzadas de la enfermedad, se puede lentificar su progresión y controlar el dolor (Secretaría de comunicación pública, 2011).

La situación en nuestro país, en el caso de niños, según el Registro Oncopediátrico: "En Argentina, se diagnostican aproximadamente 1.200 nuevos casos de cáncer infantil por año" (Fundación Kaleidos, 2010). Se puede afirmar que hoy se cura aproximadamente en el 70 % de los de cáncer infantil.

1.3. Etiología del cáncer

Respecto a la etiología de la enfermedad, se sabe que todos los cánceres empiezan en las células, unidades básicas de vida del cuerpo. Se observa que el cáncer es multicausal, es decir, no se origina por una sola causa, sino que hay diferentes factores que predisponen a tener uno. Hasta un 80 % de cánceres no tienen una causa clara: por algún motivo, ciertos genes empiezan a cambiar, se multiplican rápidamente y se convierten en malignos.

El cuerpo está formado de muchos tipos de células. Estas células crecen y se dividen en una forma controlada para producir más células

según sean necesarias para mantener sano el cuerpo. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas (Instituto Nacional del cáncer de los Institutos de Salud de los EEUU, 2012).

Las investigaciones científicas han demostrado que el cáncer lo causan alteraciones en los genes que controlan el crecimiento y la muerte normal de las células. Algunas veces este proceso ordenado se descontrola. El material genético (ADN) de una célula puede dañarse o alterarse, lo cual genera mutaciones (cambios) que afectan el crecimiento y la división normales de las células. Cuando esto acontece, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las requiere. Las células que sobran forman una masa de tejido que es lo que se llama tumor. No todos los tumores son cancerosos, ya que puede haber tumores benignos y tumores malignos.

1.4. Prevención del cáncer

Debido a que la exposición a carcinógenos (agentes que causan el cáncer) es la responsable de activar la mayoría de los cánceres humanos, las personas pueden reducir su riesgo de desarrollar cáncer siguiendo ciertos pasos para evitar dichos agentes. Así pues, el primer paso en la prevención del cáncer es identificar los comportamientos o exposiciones a ciertos tipos particulares de carcinógenos y virus que representan el mayor peligro para desarrollar el cáncer. (Instituto Nacional del cáncer, 2009).

1.5. Tratamiento

El tratamiento del cáncer requiere una cuidadosa selección de una o más modalidades terapéuticas, como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. El objetivo consiste en curar la enfermedad o prolongar considerablemente la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente. El diagnóstico y el tratamiento del cáncer se complementan con el apoyo psicológico.

1.6. Cuidados paliativos

Como su nombre indica, van dirigidos a aliviar, no a curar, los síntomas del cáncer. Pueden ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente. Los cuidados paliativos pueden aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de los enfermos con cáncer avanzado. De estas necesidades no se puede ocupar solamente el oncólogo con el tratamiento específico, tiene que ocuparse un equipo que está formado, en general, por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales (Jacob, 2011).

2. Adolescencia

Dado que la presente investigación incluye un trabajo de campo con adolescentes, se considera importante incluir como parte del marco teórico, un acercamiento respecto a lo que se entiende por el concepto adolescencia, sus características, y los procesos por los que atraviesan.

En primer lugar podemos decir que la adolescencia es un periodo del desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que inicia con la etapa de la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud, entre los 10 y los 24 años.

Con frecuencia se les atribuyen conexiones etimológicas erróneas. Este es el caso de los vocablos adolescencia y adoleces. Este último término derivó de un verbo castellano ya caído en desuso: *dolecer* < *dolescere* (padecer una enfermedad, tener algún defecto). En cambio, adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa “comenzar a crecer”.

Adolescencia es un momento de transición en la vida, que marca el paso de la niñez a la edad adulta.

En la adolescencia se produce una gran transformación psicofísica.

Quien hasta muy poco era sólo un niño, de pronto tiene que abandonar ese rol y todas sus actitudes y conductas conocidas para adoptar otras nuevas, cambios que lo hacen sentir incómodo, inseguro y desorientado. Sus valores e intereses comienzan a modificarse y se altera su relación con sus padres

Los padres también sufren en esta etapa los cambios que experimentan sus hijos adolescentes y se preocupan, porque se muestran distantes, abstraídos, ensimismados y reservados, y padecen profundos cambios de humor (Antonio & Juste, 2009).

El rechazo común en esta etapa de los hijos hacia sus padres es el intento de reconocerse como persona individual, separada de ellos; siempre en su intento por diferenciarse, pero es necesario escucharlos y aceptarlos.

A esta edad los hijos suelen cuestionar a los padres, oponerse a sus iniciativas y criticar sus ideas y forma de vida.

La relación con los padres durante este período es de gran importancia y valor si se basa en una actitud de contención, guía y aceptación de las cualidades individuales de sus hijos.

El adolescente se rebela contra la autoridad y no acepta límites y los conflictos con sus padres manifiestan su necesidad imperiosa de autoafirmarse.

Intenta encontrarse a sí mismo, conocer su identidad, saber quién es y quién puede llegar a ser.

Necesita parecerse a sus pares, por eso se compara con los demás y se desvive en ser idéntico para diferenciarse. Adopta sus valores y discrimina a aquellos que no tienen la imagen corporal que el grupo no considera adecuada.

2.1. Cáncer y adolescencia

Gracias a los avances obtenidos en los tratamientos se arribó a una nueva era para los niños y jóvenes con Cáncer. Los tratamientos ayudaron a

crear una vasta y creciente población de jóvenes que lograron dejar el tratamiento de su enfermedad de manera exitosa (Grupo PAANET, 2010).

A fines de la década del 60, menos de un tercio de los pacientes diagnosticados con Cáncer, menores de 15 años, lograban vivir cinco años luego de su fecha de diagnóstico, el punto en el cual los expertos consideran al paciente como curado. Hoy día la supervivencia no es la excepción sino la regla. Se espera que, aproximadamente, $\frac{3}{4}$ de los niños tratados por Cáncer actualmente alcancen la marca de cinco años de vida.

“La adolescencia es una etapa muy especial de la vida, en la que se empieza a desarrollar la identidad personal”, resume Iris García, Psicooncóloga de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC). “En ese sentido, el cáncer supone un mazazo en muchos aspectos. Pierden intimidad e independencia y se ven obligados a depender todo el tiempo de sus padres y de los médicos, resume esta especialista. Las rutinas del hospital también les alejan de las aulas y de sus compañeros de pupitre durante muchos meses” (En Valerio, 2009, s.p).

Según la edad, las preocupaciones serán diferentes, ya que según la etapa evolutiva en la que se encuentre el niño, las nociones sobre la salud y la enfermedad son diferentes, por ejemplo: los niños pequeños, estarán mas preocupados por el tiempo de las internaciones, las limitaciones para jugar y no poder realizar sus actividades cotidianas y si el procedimiento a realizarse les dolerá o no (Ruda Santolaria, 2009). En el caso de los adolescentes, las preocupaciones, estarán relacionadas a la pérdida de autonomía, las marcas visibles y la imagen corporal.

En la pre – adolescencia y adolescencia los chicos pueden diferenciar y discriminar los síntomas, dolores y miedos sobre la enfermedad y su posterior conclusión, sea esta la muerte o no. Tienen conciencia de enfermedad, y pueden atribuirle al cáncer una significación semejante a la de los adultos. Sienten la necesidad de ser informados.

Se ve afectada su integración social, debido a varias causas, como son los cambios en la apariencia física (por cirugías o radioterapia), ausencia escolar repetida, pérdida de contacto y vinculación con sus pares.

No se debe olvidar de que los adolescentes con cáncer siguen siendo adolescentes que crecen y se desarrollan como todos. Así es que la asistencia al colegio y el vínculo con amigos (dentro de las posibilidades de cada adolescente en particular) toman gran significado tanto para su educación, su integración social y su sentimiento de bienestar (Antonio & Juste, 2009).



3. Estrategias de Afrontamiento

Ante un mismo suceso potencialmente estresante la gente presenta reacciones muy diversas.

Las investigaciones iniciales sobre el estrés partían del supuesto implícito de la existencia de estresores prácticamente universales, es decir, ciertas condiciones ambientales con capacidad para llegar a agotar la resistencia de cualquier organismo. Pronto se observó que había enormes diferencias en cómo diferentes personas afrontan el mismo suceso. Así, de una noción más fisiológica-universal del estrés en las décadas de los sesenta y setenta, se pasó en la década de los ochenta a una perspectiva más psicológica/ idiosincrásica según la cual un suceso es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales sean las características físicas objetivas del suceso (Soriano, 2002).

Los modelos actuales de estrés conciben la propia respuesta de estrés como una continua transacción entre las presiones que uno percibe del medio (interno o externo) y los recursos de afrontamiento que uno considera disponibles.

Siguiendo a Soriano (2002) nos encontramos con diversas definiciones en lo que respecta al afrontamiento, entre ellas destacamos las siguientes:

- Todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física para recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría.

- Afrontamiento es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad.

- Afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio.

- Conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de las personas que conllevan las demandas de la vida y las metas. Comprende la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido.

- Cualquier respuesta ante las tensiones externas que sirve para prevenir, evitar o controlar el estrés emocional (p.141).

- Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986) adaptativas o inadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo.

- Cuando se usa el término afrontamiento nos referimos a las estrategias para tratar con la amenaza (En Soriano, 2002).

El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) ha tenido gran aceptación entre los científicos, aportando una importante conceptualización del afrontamiento.

Dichos autores definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas" (Soriano, 2002, p.141).

Son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Plantean el afrontamiento como un

proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno (p.141).

Desde esta perspectiva se considera que el afrontamiento constituye un proceso en el que se pueden distinguir diversos componentes.

En primer lugar los autores entienden la valoración como un proceso evaluativo en el que se establece tanto la repercusión que tiene un evento para el sujeto como las posibles formas de actuación ante el mismo. Destacan dos grandes formas de valoración: la valoración-desafío en la que el individuo considera sus posibilidades para hacer frente al problema; y la valoración-amenaza, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo. Sostienen que ambas formas coexisten en las diferentes situaciones (p.148).

Ante la aparición de un determinado evento el individuo valora en qué le afecta y cuáles son sus posibilidades de acción. A partir de este proceso se emite una primera respuesta emocional, la cual posee unas características y una determinada intensidad. A continuación aparecerían los recursos que posee la persona, los cuales intentan resolver el problema y reducir el malestar que se ha producido por la situación. En caso de no disponer de los recursos necesarios o de no ser estos suficientes se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento, las cuales se encuentran dirigidas al cambio en la situación y al cambio en la repercusión que ésta tiene en la persona. En la medida en que estas estrategias empleadas tengan el mínimo efecto, querrá decir que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos de la situación, lo cual provoca una nueva respuesta emocional, que tendrá unas

características y también una intensidad, completándose así un bucle que finaliza con el agotamiento de la persona o con la finalización de la situación.

En 1984 Lazarus y Folkman propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

Confrontación: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

Planificación: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

Aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como "hacerse cargo".

Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.

Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

Re evaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

Escape o evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

En 1985 Lazarus y Folkman propusieron dos estilos de afrontamiento: uno focalizado en el problema, el cual consiste en modificar la situación problemática para hacerla menos estresante y otro centrado en la emoción consistente en reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional.

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones. Son las formas habituales, relativamente estables, que tienen una persona para manejarse con el estrés. En cambio, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes; son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas de la vida diaria.

A partir del modelo de afrontamiento desarrollado por Lazarus y Folkman, se han desarrollado numerosos instrumentos para evaluar este constructo. Entre los instrumentos más conocidos para evaluar el afrontamiento, se encuentran los siguientes:

1. WOC (Ways of Coping Inventory) de Lazarus y Folkman (1984): Es el instrumento más usado en los comienzos, e incorpora las ocho estrategias definidas por los autores y las relaciona con los estilos dirigidos al problema y a la emoción.
2. COPE (Coping Estimation) de Carver, Sheier y Weintraub (1989): Este instrumento tiene una mayor precisión en los ítems e incluye áreas que no son abordadas por el WOC, tales como el humor, la religión y la negación.
3. IVA (Inventario de valoración y Afrontamiento): Sus autores, en su forma original, son Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1992). A diferencia de los anteriores, este instrumento nos permite evaluar el afrontamiento en situaciones específicas. Permite conocer la evaluación que el sujeto hace de la situación estresante y sus estrategias de afrontamiento frente a aquélla.
4. ACS (Escala de Afrontamiento para Adolescentes) de Frydenberg y Lewis (1996). Estos autores son los que agregan el tercer estilo de afrontamiento, al que denominaron Improductivo.



5. El CRI-A permite evaluar las respuestas de afrontamiento que una persona emplea ante un problema o una situación estresante. Sus ocho escalas incluyen estrategias de aproximación al problema (Análisis lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte, Solución de problemas) y de evitación del mismo (Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas, Descarga emocional). Su uso es muy útil en contextos clínicos, educativos o sociales para facilitar la orientación y desarrollo de la persona evaluada y mejorar su manera de superar los problemas a los que se enfrenta (en Cohen Imach & Figueroa, 2003, p.41).

3.1. Afrontamiento y adolescencia

La adolescencia fue definida por muchos autores como una etapa de conflictos, que se caracteriza por situaciones de crisis de la personalidad y de turbulencia emocional, en la que el joven se vuelve más vulnerable y más proclive a ser dañado física o psicológicamente por el proceso de cambios de este momento vital y por las exigencias que el medio le plantea.

Según Figueroa y Cohen Imach (2003) diversos autores clásicos teorizaron sobre esta etapa y señalaron como procesos claves: los duelos, la agresión y la violencia del adolescente, la búsqueda de la identidad sexual y ocupacional,

la autonomía con respecto a su grupo familiar, y la rebeldía que ello conlleva, los conflictos generacionales, entre otros. Estos requerimientos que se le plantean implican el desarrollo de competencias psicosociales importantes para el posterior posicionamiento del adolescente en el mundo adulto; de no contar con estrategias positivas de afrontamiento para responder a estas situaciones pueden generar en cambio, comportamientos menos adaptativos y mayor vulnerabilidad en el adolescente (p.30).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes es reconocido científicamente que su eficacia debe evaluarse en función de las posibilidades de resultados en esa circunstancia y no en función de ideales sobre la salud, el bienestar psicológico o el ajuste emocional.

Siguiendo a Figueroa se deberá evaluar su éxito o su fracaso en función de factores tales como: el contexto, el momento vital del joven, los objetivos que se persiguen con determinado comportamiento, etc. Es por ello, que considera esencial analizar todas estas variables al momento de señalar si una estrategia de afrontamiento resulta constructiva o destructiva para el joven, funcional o disfuncional a su estructuración psíquica, beneficiosa o perjudicial.

Los resultados de investigaciones sobre las estrategias más utilizadas por los adolescentes, indican lo siguiente: en cuanto a la edad, algunos investigadores señalan que los más jóvenes utilizan con mayor frecuencia el estilo focalizado en la emoción, mientras que los mayores suelen emplear el estilo centrado en el problema (Casullo, González Barrón, Montoya Castilla, & Verdú, 2002). Otros estudios señalan lo opuesto, en tanto afirman que los adolescentes más grandes focalizan sus estrategias en

la emoción (Compas, Orosan & Grant, 1993) y en el estilo improductivo (Frydenberg & Lewis, 1993).

En relación al estilo centrado en el problema, los autores observaron que los varones utilizaban con mayor frecuencia que las mujeres las estrategias diversiones relajantes y distracción física. En cuanto al estilo centrado en la emoción relacionan más a las mujeres con la búsqueda de apoyo social.

3.2 Afrontamiento y cáncer

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer son muy impactantes para el paciente y la familia; así como también representa dolor, incapacidad y muerte.

Siguiendo a José Soriano (2002) podemos decir que, el afrontamiento en el caso del cáncer se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante la enfermedad, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el individuo) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer) (p.73-85).

Moorey y Greer plantean un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer al que llaman “esquema de supervivencia” considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de

afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. En dicho esquema se considera la visión del diagnóstico que tiene el enfermo, el tipo de control que considera el enfermo que ejerce sobre la enfermedad y la visión del pronóstico que posee el enfermo (Soriano, 2002).

La aplicación de dicho esquema supone observar y considerar las relaciones existentes entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales observadas en los enfermos de cáncer.

3.3 Investigaciones

Se encontraron varias investigaciones relacionadas con nuestro trabajo de campo. Entre ellas podemos mencionar un trabajo de investigación titulado "Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer" (García, Llull & Zanier, 2003), el mismo fue llevado a cabo en el año 2003 por profesionales de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Analizaron la calidad de vida de pacientes con cáncer y su relación con las estrategias de afrontamiento, fueron administrados un Cuestionario de Calidad de Vida, un Inventario de Respuestas de Afrontamiento y una entrevista semiestructurada que indaga variables sociodemográficas y psicológicas. Los resultados muestran las relaciones entre las estrategias utilizadas por los pacientes para afrontar la enfermedad y su percepción de la calidad de vida. Fueron halladas fuertes correlaciones entre las estrategias de evitación y el deterioro en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida.

Otra de las investigaciones llevada a cabo en el año 2009 se titula “Afrontamiento ante el Diagnostico de Cáncer” (Barrera, Martinez & Pinto, 2009). Este estudio tuvo como objetivo evaluar los estilos de afrontamiento asumidos por un grupo de 31 individuos, de ambos géneros, con diagnósticos de diferentes tipos de cáncer. Utilizaron el instrumento psicométrico A.D.C. que permitió determinar la estrategia de afrontamiento que adoptó cada persona. Los resultados evidenciaron que el mayor porcentaje de los individuos se ubicó en la categoría Orientado al Problema, demostrando que emplearon estrategias tales como la resolución de problemas, la búsqueda de apoyo social y la variación del nivel de aspiraciones.

Por ultimo podemos mencionar una investigación “Estrategias de afrontamiento, estrés y alteración Psicológica en niños” (Nava Quiroz, Soria Trujano, Vega Valero & Villagran Velazco, 2010) este estudio de campo es de tipo ex post – facto y correlacional. El propósito de este estudio fue identificar si las variables de estrategias de afrontamiento, estrés y alteración psicológica (depresión) se encuentran correlacionadas entre sí en una muestra de niños e identificar la validez del inventario de estrés infantil. La muestra fue voluntaria y consto de 206 niños de entre 10 y 13 años de edad. Para llevar a cabo la investigación fueron administrados tres instrumentos: El Inventario de Estrés Infantil, El Inventario de Depresión de Beck y El Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Se encontró que las variables de interés correlacionan positivamente, particularmente las subescalas del instrumento de estrategias de afrontamiento con estrés y solo la de manejo inadecuado centrado a la emoción con depresión.



4. Resiliencia

El modelo de resiliencia indica que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daño o riesgos encuentran un verdadero escudo protector que hará que dichas fuerzas no actúen linealmente, sino que atenúen los efectos negativos y en otras circunstancias las transformen en factor de superación de la situación adversa (Muñiz, Santos, Kotliarenco, Suárez-Ojeda, Infante y Grotberg, 1998; Bartone, 2000; Vera, Carbelo y Vecina, 2006, en Gonzales, Lopez Fuentes, Valdez Medina, Oudhof van Barneveld & Gonzales Escobar 2009, p.248).

Hay muchas maneras distintas de definir resiliencia, se la ha considerado como una habilidad para recuperarse de manera rápida de una enfermedad, cambio o infortunio.

En general, esta palabra fue aplicada en personas que se sobreponen a los problemas, o personas que ante determinadas situaciones tienen una buena adaptación frente a los cambios abruptos o frente a eventos que generan estrés.

“Es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas” (González, et al., 2009, p.248).

Una característica importante es también, que estas personas resilientes, enfrentan situaciones difíciles que generan mucho estrés preservando la salud emocional.

“El concepto de resiliencia es tan antiguo como la misma humanidad y aparece enmarcado en la capacidad de supervivencia del ser humano a

través de las diferentes etapas del mundo” (Campos Ramírez, López Core & Villalobos Cano, 2009, p.20).

Aparece como tal aplicado a los principios de la ingeniería, siendo así adoptado en el contexto de las ciencias humanas recién en la década del 90'. El tema hace referencia a conceptos como adversidad, crisis, dificultades, superación y lucha.

El significado de esta palabra, según Lespada fue trasladado del ámbito de la ingeniería a la psicología, como paralelo en los cuerpos físicos y refiere a la capacidad de estos a responder ante a choques e impactos, si el objeto es frágil su resiliencia aumenta. Por lo tanto la resiliencia evalúa la capacidad de una persona para recuperarse, retroceder o reasumir su tamaño y forma normal luego de haber sufrido un daño o impacto (Lespada, 2007).

A través de los distintos desarrollos que se han generado de este término en las ciencias humanas, se podría decir que se trata de un concepto que aun está en construcción dentro de este ámbito, siendo de origen reciente.

Según lo manifiestan la mayoría de autores y estudiosos del concepto, explican que este no solo hace referencia a individuos particulares, sino también a grupos o familias (Hernández, 1998).

En el trabajo de Iparraguirre Monzon, titulado “Resiliencia y sus valores” (2007) se exponen algunas de las definiciones que, desde este campo, han desarrollado diversos autores en torno a este concepto:

- Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, 1994).

- Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (Luthar y Zingler, 1991; Masten y Garmezy, 1985; Werner y Smith, 1982 en Werner y Smith, 1992).
- Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Köferl en Brambing et al., 1989).
- Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez. (Grotberg, 1995).
- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio (Rutter, 1992).
- La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida (Suárez, 1995).

- Este término genérico se refiere a una extensa gama de factores de riesgo y los resultados de competencia. Puede ser el resultado de la combinación entre los factores ambientales, tales como el temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy pequeños (Osborn, 1993).
- Milgran y Palti (1993) definen a los niños resilientes como aquellos que se enfrentan bien a pesar de los estresores ambientales a los que se ven sometidos en los años más formativos de su vida (p. 1-2).

Entonces podemos entenderla como la condición humana que ayuda a determinadas personas a sobreponerse a adversidades, construir sobre estas y poder proyectarse en el futuro.

La resiliencia se basa principalmente en la interacción continua entre la persona y el entorno. Por lo tanto, no es exclusivamente producto del entorno ni tampoco algo exclusivamente innato. Por lo tanto la naturaleza de la resiliencia es dinámica ya que no puede considerarse una capacidad estática, porque esta va a ir variando dependiendo del tiempo y las diferentes situaciones.

“Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. Esto último permite elaborar, en sentido positivo, factores o circunstancias de la vida que son desfavorables” (Vacchelli Sichei, 2012).



4.1. *Origen del término resiliencia.*

Siguiendo a Suarez (2004), el vocablo "Resiliencia" tiene su origen en el latín en el término "Resilio", que significa volver atrás, volver en un salto, rebotar. Claramente el término fue adaptado a las Ciencias Sociales para caracterizar a los sujetos que a pesar de haber nacidos y vivir en situaciones de adversidad, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. En idioma castellano, tradicionalmente el término resiliencia se usa en el campo de la física y se refiere a la capacidad que tienen los cuerpos para volver a su forma original luego de haber sufrido deformaciones producto de la fuerza (En Caraveo Pacheco, 2009, p.2).

4.2. *Relación de resiliencia con adolescencia.*

"El nacimiento es la primera individuación del ser humano del vientre materno al medio externo, el recién nacido es acogido por el medio familiar y queda bajo su cuidado" (Guillen de Maldonado, 2005, p. 41)

Para que los niños logren mantener una adaptación resiliente, deben recibir contención de adultos en sus ambientes cotidianos. Esto implicaría asegurar que sus cuidadores más tempranos y cercanos, cuenten con recursos adecuados para brindar un cuidado óptimo, no sólo en términos económicos, sino también psicológicos. En base a información recabada se puede dar cuenta que la resiliencia descansa, fundamentalmente, en relaciones sólidas. Por lo tanto, es primordial garantizar que los niños

reciban cuidado y apoyo permanente, lo más temprano posible, de quienes son los principales responsables de su cuidado, para reforzar la adaptación resiliente.

“La adolescencia de esta manera, podría pensarse como un segundo nacimiento, en el cual el individuo inicia un desprendimiento de su vínculo familiar, sumergiéndose en una sociedad más amplia y donde se produce una resignificación de las relaciones... La emergencia de la adolescencia trae un nuevo panorama en el cual debe reelaborar el concepto de resiliencia” (Guillen de Maldonado, 2005, p.42).

Siguiendo el trabajo de Guillen de Maldonado se puede mencionar que:

A medida que el adolescente va creciendo su entorno familiar y social ofrecen nuevas posibilidades tanto de enriquecimiento como de riesgos, lo que permite así es la resignificación de sí mismo y de su entorno.

Los adolescentes han acumulado necesidades y destrezas y entran velozmente a probarlas con nuevos impulsos, capacidades físicas e instrumentos cognitivos; las respuestas se basan más en la propia comprensión de lo que es una situación de peligro potencial, en la autoeficacia para responder a los riesgos y en la toma de decisiones ante los problemas (Guillen de Maldonado 2005, p.42).

No todos los adolescentes y jóvenes se encuentran en la misma situación tanto socioeconómica como familiar, unos están más expuestos que otros a las limitaciones y adversidades que pueden impedirles llegar a ser adultos responsables y productivos.

Desde la visión de los familiares e incluso de grupos adultos de la sociedad, la adolescencia desequilibra esquemas o interpreta realidades de modo diferente, por lo que este segundo nacimiento no resulta agradable.

La estigmatización del periodo adolescente no favorece la resiliencia, haciendo que las capacidades resilientes se bloqueen, se obstaculicen y se impida su expresión, esto se refleja en lo que se denomina adultocentrismo.

Este término facilita la construcción de la identidad negativa, la desesperanza y una autoafirmación en el riesgo y la transgresión, que generalmente, se lo asocia y estigmatiza con lo negativo: violencia, drogas, embarazos, bandas juveniles, segmento poblacional problemático, deficitario y vulnerable.

La invisibilidad, la exclusión y la estigmatización no favorecen el desarrollo de la resiliencia contribuyen, más bien, a que la identidad se construya de modo confuso, incompleto, parcial, con sentimientos de desvalorización personal, haciendo su vulnerabilidad mayor y la propensión a adoptar conductas riesgosas para satisfacer la deprivación a cualquier costo.

La necesidad juvenil de ser reconocido como alguien, lleva a preferir ser alguien temido o detestado que ser nadie, generándose riesgos severos.

La influencia negativa de pares, factores de la personalidad, conducta antisocial y baja autoestima bloquean la resiliencia.

La resiliencia no es una cualidad personal del niño, ni ocurre permanentemente.

Siguiendo a Krauskopf (1995), en lo que respecta a la adolescencia se observa que, la emergencia de esta etapa, plantea un nuevo panorama en el cual hay que insertar y reelaborar el concepto de resiliencia, debido a las nuevas necesidades y destrezas que lleva a los jóvenes ponerse a prueba frente a situaciones diversas. Actualmente se observa que los desafíos consumistas y efímeros que se ofrecen al sector adolescente obstaculizan el fortalecimiento de factores

que viabilizan comportamientos positivos y por consiguiente, el fortalecimiento de la resiliencia. Frente a estas circunstancias, la vulnerabilidad será mayor, y el interés por adoptar conductas riesgosas para satisfacer sus necesidades a cualquier costo, será más probable (en Cardozo & Dubini, 2005, p.24).

“La mayoría de los estudios plantean que las emociones negativas son factores de riesgo para la calidad de vida en general y, sobre todo, que están asociadas a muy bajos puntajes en dominios físicos y psicosociales” (Moreno San Pedro, Vinaccia, & Quicena, 2007, p.142).

4.3. Relación de resiliencia con cáncer.

El cáncer infantil no solo genera en el niño una experiencia vivida como traumática sino también en su entorno familiar. Estos se encuentran atravesados por una serie de situación que generan mucho estrés como por ejemplo amenaza a la integridad física, procedimientos médicos invasivos y dolorosos, tratamientos con efectos secundarios adversos, cambios físicos y funcionales, frecuentes hospitalizaciones, separación del grupo de iguales, alteración de la dinámica familiar social y escolar.

A ello se suma la necesidad de aprender a convivir con la incertidumbre de una recaída y las secuelas del tratamiento. Todas estas condiciones exponen a esta población en riesgo de experimentar dificultades psicológicas a corto y largo plazo (Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, 2009).

Los adolescentes son más conscientes del alcance de la enfermedad que los niños y deben enfrentarse a ella al mismo tiempo que afrontan sus

propios cambios evolutivos, así como la autonomía e independencia del medio familiar, formación de la propia identidad, conciencia de la imagen corporal y de la sexualidad, entre otras cuestiones, que se pueden encontrar interrumpidos o alterados por todas las circunstancias que rodean al cáncer, por estas razones son más vulnerables (Juste & Antonio, 2009).

En contra de lo esperado, los resultados de investigación acumulados en los últimos 30 años en el marco Psicooncología Pediátrica sugieren que los niños y adolescentes con cáncer enfrentan la enfermedad y sus tratamientos con poco desgaste psicológico y las alteraciones psicológicas o las disfunciones sociales son más “la excepción que la regla”, y sólo afectan a un pequeño grupo de niños (Castellano, Blasco, Oller, Perez Campdepadrós, Sanchez de Toledo & Capdevilla, 2009).

Muchos estudios dan como resultado que estos niños están bien adaptados psicológicamente, presentan niveles de ansiedad, depresión, imagen corporal, autoestima y otras medidas de ajuste o calidad de vida equiparables a la población general. Tanto en las primeras etapas de la enfermedad como a largo plazo, considerándose también cambios positivos en relación con el foco de las prioridades de la vida, comportamientos resilientes, más aprecio por la vida y las relaciones sociales, y menos conductas de riesgo que sus iguales, lo que desde el punto de vista de la salud constituye un excelente resultado. Para dar cuenta de estos resultados, se ha recurrido al concepto de resiliencia, que suele definirse como la capacidad para sobreponerse y funcionar con normalidad a pesar de la adversidad, o la habilidad para mantener un funcionamiento físico y psicológico saludable ante sucesos traumáticos. Entre las variables personales asociadas a ella destacan la esperanza, las expectativas positivas, la confianza y la autoestima (Bragado Álvarez, 2009).

Las distintas definiciones de resiliencia no llegan a coincidir en cuanto a lo operacional pero se acuerdan en que lo esencial de la definición gira en torno a la capacidad del ser humano de transformar o mejorar las

situaciones de adversidad, manteniendo o reganando un estado de salud mental o física con óptima adaptación psicosocial (Barbieri, 2012).

”Familias vulnerables son las familias debilitadas por las enfermedades físicas, mentales, adicciones, discapacidades o familias a riesgos múltiples sociales y relacionales” (Barbieri, 2012, p.2).

Las estrategias utilizadas para aumentar los factores de protección y de resiliencia pueden dar como resultado una disminución de los riesgos como por ejemplo los asociados a la depresión materna, al estrés crónico, a las conductas desadaptadas, o aumentando los sistemas de contención y los recursos sociales (Barbieri, 2012).

El buen funcionamiento psicológico está garantizado por el apoyo que reciben los niños de los padres, personal sanitario y otros agentes sociales; se piensa que el apoyo contiene el impacto emocional y ayuda a tolerar grandes dosis de estrés y hacerse emocionalmente más fuertes.

Otros factores importantes asociados al ajuste psicológico y a comportamientos resilientes son la cohesión y adaptabilidad familiar y una comunicación abierta con el niño en relación la enfermedad y lo que hay que hacer para intentar superarla.

En este contexto la atención psicológica es de gran importancia ya que el hecho de que niños y adolescentes se adapten psicológicamente bien no significa que no sufran durante este proceso. Con respecto a la intervención psicológica podemos mencionar que lo más importante gira en torno a ayudar a los padres a manejar el estrés asociado al diagnóstico y al comienzo del tratamiento, instruirles para que sepan cómo apoyar a sus hijos durante el proceso, ayudar a los niños a entender la enfermedad y prepararlos para afrontar el tratamiento y otros procedimientos médicos dolorosos y para que se reincorporen a su rutina cotidiana en las mejores condiciones posibles.

La mejor evidencia empírica (más estudios controlados) es para los tratamientos dirigidos a manejar el dolor y el malestar asociado a los procedimientos médicos invasivos (venopunciones, aspiración de médula ósea, punción lumbar, implantación de catéteres, etc.), uno de los sucesos que ocasiona más preocupación a padres y niños, hasta el punto de que algunos afirman que se sienten más estresados por esta experiencia que por la propia enfermedad (Bragado Alvarez, 2009, p. 38).

Entre estos tratamientos se pueden mencionar por ejemplo la hipnosis, la distracción, estrategias cognitivo-conductuales, entre otros, en los que el punto principal de trabajo gira en torno a la relajación, respiración, incentivos, distracción, etc.). Todos estos han podido dar cuenta de su eficacia para aliviar el dolor y reducir el malestar emocional, y algunos también han sido muy útiles para disminuir los síntomas anticipatorios que acompañan a la quimioterapia (náuseas condicionadas y ansiedad).

El cáncer es una enfermedad que afecta a todas las esferas de la vida de una persona a lo largo de todo el proceso, incluso en muchos casos durante años después de haber terminado el tratamiento, pudiendo aparecer repercusiones emocionales.

Según Aspinwall y MacNamara (2005) en relación a la información recogida en diferentes estudios a nivel internacional muestran que más del 50% de los pacientes muestran signos y síntomas psicopatológicos, debido al elevado nivel de estrés al que deben hacer frente durante pero también después de su enfermedad y que merman su calidad de vida. Entre el 20-35% de los pacientes con cáncer presentan morbilidad psicopatológica tras el diagnóstico, un 37-40% de los que recibe quimioterapia y entre el 35-50% de los que se encuentran hospitalizados (Esparza, 2008, p. 1).

Según estudios realizados podemos dar cuenta que las intervenciones psicológicas producen efectos positivos en el ajuste emocional de la enfermedad y en la calidad de vida.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento mismo produce un gran monto de estrés en el paciente. A pesar de esto encontramos estudios que afirman que existen aspectos de esta experiencia que las personas perciben como beneficiosos.

Ante una situación traumática podemos desarrollar trastornos, pero también podemos aprender y beneficiarnos de esa experiencia.

Para adaptarse al estrés que puede generar la enfermedad de un niño en la familia, esta pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de manera tal que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio.

Ante un acontecimiento traumático, como este, la persona puede responder de diferentes maneras. Puede generarse un trastorno, un trastorno retardado (en el que la patología aparecería después), recuperación, resiliencia o un crecimiento postraumático (posibilidad de aprender y crecer frente a situaciones adversas) (Esparza, 2008).

Como ya hemos mencionado con anterioridad, a resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difícil y de traumas a veces graves.



4.4. Investigaciones.

Se han encontrado investigaciones similares a la temática desarrollada y estudiada en nuestro trabajo de campo. Una de ellas fue llevada a cabo en España en el año 2010 titulada: "Calidad de vida en adolescentes supervivientes de cáncer infantojuvenil." En esta investigación se estudiaron 34 adolescentes que superaron la enfermedad y en los que incluso se observó mejor bienestar psicológico que otros adolescentes que compararon en base a los cuestionarios. Para ello se administró el cuestionario de salud percibida SF – 12 v2 a ambas muestras (Castellano, Blasco, Oller, Pérez Campdepadrós, Sánchez de Toledo & Capdevila, 2009).

Otra de las investigaciones destacaremos es la que desarrolla la resiliencia en cuanto a la familia del niño enfermo, porque como hemos destacado anteriormente no sólo el niño tiene que superarlo y hacerse mas resiliente, sino también su familia, que vive día a día con él su enfermedad. Esta investigación se titula: "Resiliencia familiar en familias con niños con enfermedades oncohematológica" (Forteza, Suárez García & Yncera Hernández, 2012). Se realizó un estudio no experimental, transversal, descriptivo, que responde a un diseño mixto con una metodología de estudios de casos múltiples en profundidad, en el periodo comprendido entre septiembre de 2011 y abril de 2012. Como resultado se concluyó que la capacidad de resiliencia de las familias del estudio se manifestó desde un enfoque de mínimos, a partir de la adaptación pasiva a la crisis familiar.

Otra de las investigaciones encontradas, no sólo habla de la resiliencia del paciente sino también de la resiliencia de la familia, como la investigación comentada con anterioridad, titulada: "Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos" (Garassini, 2009). Hace referencia a la importancia del desarrollo de la resiliencia a nivel personal, familiar y cultural



iniciándose la misma con la presencia de relaciones de confianza, el cultivo de las emociones positivas, la aceptación de los diferentes ciclos de la vida y la creencia en un mundo justo.

III. METODOLOGIA

1. Características de la Investigación.

El propósito último de esta tesis fue, mediante un diseño de investigación de carácter exploratorio-descriptivo, obtener información que nos permita deducir conclusiones con respecto a las hipótesis planteadas.

Una investigación de carácter descriptivo no se basa en una simple recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

La primer parte del trabajo consistió en la búsqueda y clasificación de información en diferentes fuentes: bibliotecas de instituciones académicas, base de datos específicas de medicina y psicología, sitios específicos de Internet.

Luego se realizó un estudio de campo, donde se obtuvieron datos de un total de 60 adolescentes entre 11 y 18 años, 30 que estuvieran bajo tratamiento oncológico y/o hayan finalizado su tratamiento dentro de un periodo no mayor a doce meses y 30 que no hayan atravesado por este tipo de enfermedad.

La muestra de los adolescentes que están bajo tratamiento oncológico y/o hayan finalizado su tratamiento se obtuvo a través de PAANET, la misma es una organización en la ciudad de Mar del Plata, que consiste en una Casa de día para niños y adolescentes con cáncer y sus grupos familiares. El grupo de adolescentes que no hayan padecido la enfermedad se obtuvo de manera incidental, de miembros de la ciudad de Mar del Plata,

para la conformación del mismo se tuvo en cuenta las edades del grupo con enfermedad, logrando así equiparar la edades de ambas muestras.

La muestra es de tipo no probabilística, debido a que no se recurre al azar sino que se realiza de manera intencional dependiendo de las características pertinentes al estudio en desarrollo.

2. Técnicas administradas.

- Una entrevista semiestructurada con el objetivo de indagar datos personales, demográficos, acontecimientos vitales significativos y aspectos de la enfermedad en el caso de haberla tenido.
- Luego se administró la escala de resiliencia para adolescentes. Los autores de esta son Hjemdal & Friborg. Utilizamos la versión argentina llevada a cabo por Castañeiras et al. (2010), Grupo GIEPsi (Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, 2010).

Con esta escala podemos medir el nivel de resiliencia de cada individuo para así comparar ambos grupos. Entendemos por resiliencia, la capacidad de superar los eventos adversos y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de circunstancias muy adversas.

Este test contiene 5 escalas:

Competencia personal: Sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia que tienen las personas en su afrontamiento de los retos y amenazas que, inevitablemente, se presentan en la vida de cualquier persona.

Competencia social: Capacidad o habilidad del sujeto para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades, al ejercer determinada influencia sobre sus semejantes (en el sentido de ser tomado en cuenta), es una cualidad muy relacionada con la salud, el ajuste emocional y el bienestar de los individuos.

Coherencia familiar: Se refiere al tiempo que comparten los miembros de la familia, la lealtad que existe entre ellos y la fortaleza de los lazos familiares.

Apoyo social: Está referido a los vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto definido de personas, con las cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.

Estructura personal: Se entiende como las reglas y las actividades que llevan a cabo las personas y que les facilitan tener organización y orden en su vida.)

En la administración de esta escala, los puntajes obtenidos fueron transformados para poder realizar una comparación entre las escalas. Este proceso se debió a que cada escala estaba compuesta por distinta cantidad de ítems. El procedimiento que se utilizó para la transformación en puntajes equivalentes fue calcular el porcentual de puntos sobre el total de cada escala, teniendo como referencia una escala de “tantos...” ítems, para poder realizar una comparación entre ellas, independientemente del número original de ítems de cada una.

- Por último se aplicó la escala de Estrategias de Afrontamiento ACS (AdolescentCopingScale). Los autores de esta escala son Frydenberg & Lewis. Utilizamos la versión española realizada por Pereyña y Seisdedos (1997).

El ACS es un autoinforme de aplicación individual o colectiva cuyo objetivo es evaluar las respuestas de afrontamiento empleadas por adolescentes y jóvenes.

Consta de 80 ítems, de los que 79 hay que contestar eligiendo una entre cinco alternativas de respuesta: Nunca, Raras veces, Algunas veces, A menudo, con mucha frecuencia y el último ítem es una pregunta abierta que indaga la forma en que cada uno afronta sus problemas.

Los puntajes dentro del rango 30-49, significan que la estrategia es utilizada raras veces; los puntajes entre 50-69, indican que la estrategia es utilizada algunas veces; el rango 70-89, significa que es utilizada a menudo y por último el rango 90-105, implica que es utilizada con mucha frecuencia.

Esta escala valora 18 estrategias de afrontamiento de los problemas y conflictos ante los que se encuentra el sujeto. Dichas estrategias se agrupan en tres estilos de afrontamiento:

A) Afrontamiento en relación con los demás

Buscar apoyo social (As): Evalúa la capacidad para compartir el problema con otras personas y buscar apoyo para solucionarlo

Acción social (So): Permitir que los demás conozcan el problema y conseguir su apoyo con diferentes actividades.

Buscar apoyo espiritual (Ae): Rezar, con la confianza de obtener la ayuda de Dios.

Buscar ayuda profesional (Ap): Buscar el consejo de profesionales como profesores, psicólogos, etc.

B) Afrontamiento productivo o dirigido a la resolución del problema

Concentrarse en resolver el problema (Rp): Estudiar y analizar concienzudamente las alternativas de resolución del problema.



Esforzarse y tener éxito (Es): Dedicarse a resolver el problema

Buscar pertenencia (Pe): Preocuparse e interesarse por lo que piensan los demás

Fijarse en lo positivo (Po): Pensar en el aspecto positivo de la situación.

Buscar diversiones relajantes (Dr): Realizar actividades divertidas para olvidar las dificultades.

Distracción física (Fi): Realizar actividades físicas deportivas de cara a mantenerse en forma.

C) Afrontamiento improductivo:

Preocuparse (Pr): Temer y preocuparse por el futuro.

Invertir en amigos íntimos (Ai): Comprometerse en relaciones personales íntimas.

Hacerse ilusiones (Hi): Esperanzarse en una solución positiva.

Falta de afrontamiento (Na): No tratar el problema, no enfrentarse a él.

Reducción de la tensión (Rt): Intentar reducir la tensión llorando o gritando.

Ignorar el problema (Ip): Rechazar conscientemente la existencia del problema.

Autoinculparse (Cu): Echarse la culpa del problema.

Reservarlo para sí (Re): Aislarse de los demás y no compartir el problema.

Frydenberg y Lewin verificaron la validez y confiabilidad del ACS a través de 2 estudios, uno realizado en 1990 y otro en 1992. En ambos se utilizaron las respuestas de afrontamiento dadas por los estudiantes frente a una preocupación particular autodenominada, ya que si estas están asociadas con un problema específico tienden a demostrar más que las respuestas generales dadas por los estudiantes, la existencia de un número separado de factores o escalas conceptualmente interpretables (Canessa, 2002).

Estas técnicas fueron administradas de forma presencial y personal a cada uno de los adolescentes.

En base a los resultados obtenidos, se llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos, para la comprobación o no de la hipótesis planteada que dio lugar a esta investigación.

Para realizar el análisis cuantitativo de los datos se utilizó el software SPSS, el mismo es un programa estadístico informático de frecuente uso para ciencias sociales.

IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

1. Características de la Muestra.

La muestra estuvo compuesta por un total de 60 adolescentes, 30 por cada grupo. El 41.7% fue de sexo femenino, y el 58.3% masculino. La edad del total de la muestra osciló entre los once y dieciocho años, siendo mayor el grupo de edad de 14 años.

Los mismos se distribuyeron de la siguiente manera: dentro del grupo de adolescentes que padecieron o tienen cáncer, el 40% han sido mujeres y el 60% varones. Mientras que en el otro grupo de adolescentes también quienes no padecieron la enfermedad el 57 % han sido varones y el 43% mujeres.

El grupo con enfermedad está constituido por un 80% de adolescentes con remisión completa de la enfermedad y un 20% de adolescentes que aún atraviesan la enfermedad.

Los tipos de cáncer que aparecen dentro de este grupo son leucemia, linfoma de Hodgkin, linfoma linfoblástico, neuroblastoma, glioblastoma, anemia esferocitosis, drepanocitosis y osteosarcoma. De todos los mencionados, el más frecuente es la leucemia, siendo representante de un 63% del total de la muestra.

La leucemia es la forma de cáncer más frecuente de los niños, uno de cada tres niños con cáncer. Es una enfermedad de la sangre, producida por la proliferación incontrolada de unas células que se denominan "blastos" y que se encuentran en la médula ósea. Un blasto es una corta palabra que

utilizamos para hablar de la forma inmadura de las células antes de que aparezcan sus características definitivas.

2. Análisis e Interpretación de Datos.

A continuación se presentarán los resultados de los constructos Resiliencia y Estrategia de Afrontamiento, de adolescentes que han tenido cáncer o que actualmente lo padecen, en comparación con adolescentes que no han padecido la enfermedad.

Por motivos prácticos se diferenciará los dos grupos, refiriéndonos con las letras C/E al grupo de adolescentes con la enfermedad, y con las letras S/E a los que no.

En el Test de Estrategias de Afrontamiento de Frydenberg & Lewis (1991), versión española: Pereña y Seisdedos (1997), los puntajes dentro del rango 30-49, significa que la estrategia es utilizada raras veces; los puntajes entre 50-69, indican que la estrategia es utilizada algunas veces; el rango 70-89, significa que es utilizada a menudo y por último el rango 90-105, implica que es utilizada con mucha frecuencia

La mayoría de los resultados obtenidos en la muestra, en el Test de Estrategias de Afrontamiento, se encuentran entre los rangos 30-49 y 50-69.

A continuación se presentará el cuadro con los puntajes obtenidos en el Test de Estrategias de Afrontamiento:

	Enfermedad	Media	Desviación típica	Significación estadística de la prueba T de dif. de medias	Valores de T
Distracción física	Si	49.00	17.245	.000	-4581
	no	68.37	15.455		
Buscar diversiones relajantes	si	61.83	13.889	.052	-1982
	no	68.60	12.522		
Búsqueda de ayuda profesional	si	41.17	15.957	.861	0.176
	no	40.50	13.284		
Fijarse en lo positivo	si	53.67	16.397	.194	-1315
	no	58.33	10.450		
Búsqueda de apoyo espiritual	si	29.33	12.438	.671	-0.427
	no	30.67	11.725		
Reservarlo para si	si	39.67	14.852	.001	3.544
	no	28.00	10.222		
Autoinculparse	si	34.50	18.632	.505	-0.671
	no	37.67	17.895		
Ignorar el problema	si	21.67	11.090	.267	-1.121
	no	24.83	10.787		
Acción social	si	26.67	14.344	.029	2.241
	no	19.83	8.558		
Reducción de la tensión	si	19.60	13.870	.632	0.481
	no	18.00	11.826		

Falta de afrontamiento o no afrontamiento	si	27.60	10.575	.429	0.797
	no	24.80	16.083		
Hacerse ilusiones	si	38.67	11.854	.095	1.699
	no	33.47	11.860		
Buscar pertenencia	si	42.00	16.060	.045	-2.052
	no	48.67	7.653		
Invertir en amigos íntimos	si	34.67	16.587	.008	-2.758
	no	44.40	9.929		
Preocuparse	si	47.60	13.051	.022	-2.354
	no	56.67	16.579		
Esforzarse y tener éxito	si	42.80	16.581	.003	-3.111
	no	53.47	8.819		
Concentrarse en resolver el problema	si	49.33	16.420	.208	-1.274
	no	53.87	10.490		
Búsqueda de apoyo social	si	42.53	15.878	.002	-3.287
	no	54.80	12.872		

Los promedios de ambas muestras, permiten en un primer momento referir a una predominancia de las siguientes estrategias: Distracción física, Buscar diversiones relajantes, Fijarse en lo positivo, Concentrarse en el problema, Búsqueda de apoyo social.

Distracción física: Grupo de adolescentes con la enfermedad (C/E) M=49; Grupo de adolescentes sin la enfermedad (S/E) M=68,37, hace referencia a elementos que describen la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma.

Buscar diversiones relajantes, (C/E M=61,83; S/E M=68,60) esta estrategia describe situaciones de ocio y relajantes, tales como la lectura.

Fijarse en lo positivo (C/E M=53,67; S/E M=58,33) esta estrategia indicaría una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado.

Concentrarse en el problema (C/E M=49,33; S/E M=57,87) estrategia que se dirigiría a abordar el problema sistemáticamente y tiene en cuenta diferentes puntos de vista u opciones de solución.

Esto último se relaciona con las investigaciones mencionadas en el marco teórico donde los resultados de los test administrados coinciden con los obtenidos en la presente muestra. En ambos casos los pacientes se concentran en el problema abordándolo de manera sistemática, buscando apoyo social y diferentes puntos de vista para su resolución.

Búsqueda de apoyo social (C/E M=42,53; S/E M=54,80) consiste en una inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo en su resolución.

Mientras que las menos utilizadas en ambas muestras son: Búsqueda de apoyo Espiritual, Ignorar el Problema, Acción social, Reducción de la Tensión, Falta de Afrontamiento o no Afrontamiento.

Búsqueda de apoyo espiritual (C/E M=29,33; S/E M=30,67) compuesto por elementos que reflejan una tendencia a rezar y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual.

Ignorar el problema (C/E M=21,67; S/E M=24,83) agrupa los elementos que reflejan un esfuerzo conciente por negar el problema o desentenderse de él.

Acción social (C/E M=27,67; S/E M=19,83) consiste en dar a conocer a los demás cual es la preocupación y buscar ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos.

Reducción de la tensión (C/E M=19,60; S/E M=18) se caracteriza por elementos que reflejan el intento de sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión.

Falta de afrontamiento o no Afrontamiento (C/E M=27,60; S/E M=24,80) se compone de elementos que reflejan la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicossomáticos.

En cuanto a los puntajes máximos se observa: que en el grupo S/E las estrategias son: Buscar diversiones relajantes (M=68.60) y Distracción física (M=68.37). En el caso del grupo C/E predomina la estrategia referida a buscar Diversiones Relajantes (M=61).

En los puntajes mínimos se observa una coincidencia ya que la estrategia menos empleada en ambos grupos fue Reducción de tensión, la misma refiere a intentos de sentirse mejor y relajar la tensión. El grupo C/E (M=19.60) y el grupo S/E (M=18).

A partir de los resultados anteriormente mencionados podemos dar cuenta que los adolescentes de ambos grupos con mayor frecuencia recurren a actividades deportivas, relajantes y diferentes pasatiempos. Así como también podemos observar que ante ciertas situaciones apuntan a ver el lado positivo de las cosas y tienden a concentrarse en el problema, buscando diferentes puntos de vista y soluciones.

En el grupo de adolescentes que no han padecido la enfermedad se hallan puntajes superiores en las algunas estrategias, lo cual implicaría una utilización mas frecuente de las mismas. Dichas estrategias son las siguientes: Distracción física, Buscar diversiones relajantes, Preocuparse,

Esforzarse y tener éxito, Búsqueda de apoyo social, Invertir en amigos íntimos, y Buscar pertenencia.

Esto mismo estaría indicando que en el grupo de adolescentes que no han padecido la enfermedad en comparación con el grupo que ha atravesado por la misma, hay un mayor interés por lo que piensan de uno y por las relaciones con los demás en general. La estrategia de Búsqueda de relaciones personales íntimas también se halla fortalecida, esto se referiría al esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal de tipo íntimo.

En caso de las estrategias Reservarlo para si y Acción social, los puntajes significativos estadísticamente, indican en este caso un mayor puntaje para el grupo con enfermedad. La estrategia Reservarlo para si mostraría una mayor dificultad para compartir con otros sus problemas, sin embargo sus relaciones interpersonales se ven mejor desarrolladas en ámbitos donde hay personas que comparten problemas similares.

De acuerdo con los resultados anteriormente expuestos, es posible plantear una diferencia en cuanto a las relaciones, tanto íntimas como a nivel general entre los dos grupos estudiados. En el grupo de los adolescentes que han tenido o tienen cáncer, los puntajes menores obtenidos en el Test, podría explicarse debido a los cambios físicos, psicológicos, sociales e interpersonales que conlleva la enfermedad. Esta interferencia en los lazos sociales estaría relacionada con la interrupción de actividades cotidianas que provoca la enfermedad, tales como asistir a una institución educativa y realizar las mismas actividades que sus pares. Muchas veces esta situación se ve acentuada cuando el niño o adolescente pasa por varias recaídas de su enfermedad. Sin embargo la estrategia Acción social en este grupo de adolescentes, mostraría una inclinación a compartir sus problemas con personas que están pasando por una misma situación, con quienes pasan muchas veces gran cantidad de tiempo.

Estas diferencias también se explicarían por la importancia del periodo evolutivo que atraviesan estos sujetos: la adolescencia. Sabemos que es un periodo de cambios, de nuevos retos, de constitución de identidad, a lo cual se sumaría el atravesamiento de la enfermedad, con las implicancias propias de cada individuo.

Obteniendo la diferencia de sexos para cada grupo por separado (con y sin enfermedad), se encuentra que en el grupo con enfermedad: los varones tienen más puntaje en hacer ilusiones ($p < 0.01$).

Con respecto a diferencia de edad, para todo el grupo (los 60 sujetos) aparecen diferencias, si se particiona el grupo en edades < 15 y ≥ 15 , los mayores, tienen puntajes mas altos en: Concentrarse en resolver el problema; Preocuparse; Buscar pertenencia; Falta de afrontamiento; Autoinculparse

Con respecto a la Escala de Resiliencia para adolescentes, Autores: Odin Hjemdal & Oddgeir Friborg, versión argentina: Castañeiras, los puntajes obtenidos de la prueba, fueron transformados para poder realizar una comparación entre los dos grupos. Este proceso se debió a que cada escala estaba compuesta por distinta cantidad de ítems. El procedimiento que se utilizó para la transformación en puntajes equivalentes fue calcular el porcentual de puntos sobre el total de cada escala para poder realizar una comparación entre escalas, independientemente del número de ítems de cada una.

A continuación se presentará el cuadro con los puntajes obtenidos en la Escala de Resiliencia:



	Enfermedad	Media	Desviacion Típica
Competencia social	Si	12.50	3.422
	No	12.33	3.367
Competencia personal	Si	13.04	2.713
	No	12.58	2.825
Cohesión familiar	Si	14.39	3.118
	No	13.39	5.458
Recursos sociales	Si	15.73	2.180
	No	14.73	4.034
Estilo estructurado	Si	12.87	1.745
	No	12.37	2.482

Como primer punto a señalar, se destaca que los resultados obtenidos indican promedios similares entre ambas muestras.

No se ha encontrado una significación estadística en los resultados de la prueba, pero se observa una tendencia de puntajes mayores en el grupo con enfermedad, con excepción en la escala de Competencia personal. Esta escala refiere, a un sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia que tienen las personas en su afrontamiento de los retos y amenazas que, inevitablemente, se presentan en la vida de cualquier persona.

La estrategia más utilizada para ambos grupos fue Recursos Sociales, la misma está referida a los vínculos existentes entre el sujeto y un conjunto

definido de personas, con las cuales es factible el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza.

Se observa también una coincidencia con respecto a la estrategia menos utilizada: competencia social. La Competencia social, indica capacidad o habilidad del sujeto para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades, al ejercer determinada influencia sobre sus semejantes (en el sentido de ser tomado en cuenta), es una cualidad muy relacionada con la salud, el ajuste emocional y el bienestar de los individuos.

Obteniendo la diferencia de sexos para cada grupo por separado (con y sin enfermedad), se halla que en el grupo sin enfermedad los varones tienen un puntaje muchas más elevado en Competencia Personal. Con respecto a la diferencia de edad, para todo el grupo (los 60 sujetos) aparecen diferencias, si se particiona el grupo en edades <15 y ≥ 15 , se observa que los menores de 15 años, tienen mayor puntaje en la Escala Cohesión Familiar.

Señalamos, el papel predominante que tiene la familia durante el periodo de la enfermedad, en tanto rol contenedor, resulta indispensable y fortalecido muchas veces por la situación. Los resultados obtenidos en el total del grupo con enfermedad ponen de manifiesto que la situación por la que atraviesa la familia con un hijo con cáncer dan como resultado un lazo fuerte, ya que en dicha investigación los puntajes más elevados en esta Escala se observan en el grupo con enfermedad. Es importante remarcar la capacidad de la familia de proveer un clima emocional cálido, afectivo, apoyo y una estructura clara que los contenga, estos mismos son todos los factores de protección y fomento de la Resiliencia en los adolescentes.

En relación a las investigaciones citadas, se puede dar cuenta que ante el atravesamiento de la enfermedad, la capacidad de resiliencia principalmente se ve fortalecida, si bien no se obtuvieron resultados

V. CONCLUSIONES.

En el presente trabajo se ha abordado el estudio del impacto del cáncer sobre el funcionamiento de la capacidad de Resiliencia y de las Estrategias de Afrontamiento de adolescentes que han padecido la enfermedad del cáncer y de adolescentes sin historia previa de enfermedad.

Tal como se viene señalando en la gran mayoría de los estudios, los adolescentes que han tenido cáncer manifiestan una calidad de vida satisfactoria y similar a la que se observa del grupo de referencia sin historia previa de cáncer.

Haciendo referencia al Test de Resiliencia , el hecho de que no se hayan encontrado diferencias estadísticamente, puede pensarse, en función de los avances logrados en la comprensión y el tratamiento del cáncer infanto juvenil, que se traduce en tratamientos cada vez más efectivos, capaces de ofrecer mayores índices de supervivencia y, por otro lado, de reducir efectos secundarios y secuelas.

Así mismo en el test de Resiliencia los puntajes superiores, se observan en el grupo con enfermedad, si bien no son significativos estadísticamente, se podría plantear que la enfermedad ha favorecido su Resiliencia o su capacidad para adaptarse positivamente a una situación potencialmente estresante o amenazante y sobre ponerse a esta, a comparación del grupo sin enfermedad.

Por otro lado en el Test de Estrategias de Afrontamiento, se observan puntajes estadísticamente significativos, donde las puntuaciones altas se dan en su mayor parte en el grupo sin enfermedad. Los adolescentes sin enfermedad utilizan más el estilo de relación con los

demás, muestran más habilidad para enfrentarse a los problemas y utilizan un repertorio de estrategias más positivas que el grupo con enfermedad. El hecho de la enfermedad los sumiría a estos adolescentes probablemente en una posición de vulnerabilidad, limitando algunas de sus estrategias para afrontar situaciones. Esta situación también es correlativa con el puntaje obtenido en el Test de Resiliencia, en la escala de Competencia personal, este sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia que tienen respecto a su afrontamiento de retos y amenazas que, inevitablemente, se presentan en la vida de cualquier persona, se observa también disminuido en comparación al grupo sin enfermedad.

Estos datos deben ser interpretados dentro del marco de la etapa evolutiva en la que se encuentran estos sujetos, que es la adolescencia. El atravesamiento de este periodo de desarrollo enfrenta a los adolescentes a muchos cambios a nivel físico, psicológico, sexual y social. El impacto de la enfermedad, sumado al cambio evolutivo que vive el adolescente, podría generar diferencias, que en dicho estudio se refleja en torno a la elección de las estrategias de Afrontamiento.

Los resultados ponen de manifiesto que, en los grupos de adolescentes estudiados, la enfermedad, establece diferencias en las estrategias de afrontamiento que utilizan y una tendencia de mayor capacidad Resiliente.

La asistencia psicológica en esta problemática jugaría un rol importante, dando lugar a la palabra, y espacios de escucha, donde puedan expresar sus sentimientos, sus emociones y sus miedos. Es fundamental recalcar que en las intervenciones psicoterapéuticas no solamente se interactúa con los adolescentes sino sobretodo con su entorno familiar. El objetivo consiste en mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Se debe trabajar también sobre los vínculos sociales, los cuales toman gran significado tanto para su educación, su integración social y su sentimiento de bienestar.

La presente investigación posibilitó identificar diferencias en relación a la elección de estrategias de afrontamiento, dato que es de especial relevancia a fin de planificar tareas preventivas respecto de este aspecto en la población adolescente.

Por otro lado nos conduce a seguir pensando sobre la respuesta ante el trauma, con el fin de desarrollar nuevas formas de intervención basadas en modelos más positivos, centrados en la salud y la prevención, que faciliten la recuperación y el crecimiento personal. Se trata de adoptar conceptualizaciones desde un modelo de salud que ayude a investigar, diseñar e intervenir efectiva y eficientemente.

Referencias Bibliográficas

American Cancer Society (2011). *Cáncer Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society.

Antonio, J. & Juste, C. (2009). Cáncer en la adolescencia y su incidencia. En Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer. *Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer*. Sant Vicent de Torrelló: Federación Española de Padres de niños con cáncer.

Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) (s/f). Recuperado de: <http://www.ugr.es/>

Barbieri, N. B, (2012). Curso virtual interdisciplinario a distancia. Resiliencia en familias con cáncer. Recuperado de <http://www.psicoadolescencia.com.ar>

Barrera, M ., Martínez, S., Oliveros, E., & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (2), 19 - 29.

Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. Recuperado de <http://www.infocop.es/>

Campos Ramírez, D., López Core, R. y Villalobos Cano, A. (2009). Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variable psicosociales. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/>



Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg & Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>

Caraveo Pacheco, M., N. (2009). La Resiliencia. Recuperado de: www.monografias.com

Castañeiras C.E. et al. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Resiliencia. Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica GIEPsi. Universidad Nacional de Mar del Plata (material no publicado).

Castellano, C., Blasco, T., Oller, A., Pérez Campdepadrós, M., Sánchez de Toledo, J. & Capdevila. (2009). Calidad de vida en adolescentes supervivientes de cáncer infanto-juvenil. Recuperado de: <http://www.uab.es>

Cohen Imach, S. & Figueroa, M.I. (2003). Los efectos de la crisis social en adolescentes. *Boletín Informativo de ADEIP*. N° 48. Año XV.

Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (2009). Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer. Recuperado de <http://www.cancerinfantil.org/>

Compas, B.E., Orosan P.G. & Grant, K.E. (1993). Adolescent Stress and Coping: Implications for Psychopathology During Adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 331-349.

Esparza, T. (2008). Resiliencia y crecimiento postraumático en oncología. Recuperado de <http://u.jimdo.com>

Forteza, Suárez García & Yncera Hernández (2012). Resiliencia familiar en familias con niños con enfermedades oncohematológica. Recuperado de: <http://www.monografias.com>

Fundación Kaleidos (2010). Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentina. Recuperado de: <http://www.fundacionkaleidos.org>

Garassini. (2009). Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos. Recuperado de <http://www.palermo.edu/>

Garcia, F., Llull, D. & Zanier, J. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8 (2) ,175-182.

Gomez Fraguela, Luengo & Villar (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su prelación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 581-597.

Gomez-Fraguela, José Antonio, Luengo- Martin, Angeles, Romero-Triñanes, Estrella, Villar-Torres, Paula & Sobral-Fernandez, Jorge (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, septiembre, 581-597.

Gonzales, N.I., Lopez Fuentes, A., Valdez Medina, J.L., Oudhof van Barneveld, H. Y Gonzales Escobar, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>

Gonzalez Barron, Remedios Montoya Castilla, Inmaculada; Casullo, Maria Martina & Bernabeu Verdu, Jordi. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 363-368.

Grupo PAANET. (2010). Curso de formación de voluntarios en el acompañamiento a niños y adolescentes con cáncer. *Cuadernillo de PAANET*. Mar del Plata.

Guillen de Maldonado, R. (2005). Resiliencia en la adolescencia. Hernandez, A (1998). *Promoción de la resiliencia a nivel individual, familiar,* Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/>

Hernandez, A (1998). *Promoción de la resiliencia a nivel individual, familiar, escolar, comunitario y de políticas sociales.* La estimulación del niño por enfrentar desafíos. Buenos Aires: Lumen.

Hjemdal, O. & Friborg, O. (2007). Escala de resiliencia adaptada para adolescentes.

Instituto Nacional del cáncer (2009). Ministerio de salud. Presidencia de la Nación. Factores de riesgo y prevención. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar>

Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos de la Salud de los EEUU. (2012) ¿Qué es el cáncer? Recuperado de <http://www.cancer.gov>

Iparraguirre Monzón, S. P. (2007). Resiliencia y sus valores. Recuperado de <http://www.monografias.com>

Jacob, G.(2011, Agosto) El derecho de las personas a ser aliviadas. Boletín INC. Instituto Nacional del cáncer. Ministerio de salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc>

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer Publishing Company (Traducción española *Estrés y procesos cognitivos*, 1986, Barcelona: Martínez Roca).

Lespada, Juan Carlos. (2007). *Enseñar y aprender en comunidades socialmente desfavorecidas.* Propuestas transformadoras para la acción docente. Mar del Plata: Editorial ISFD Almafuerte.

Llobet, Valeria. (2005). *La promoción de resiliencia con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Noveduc.

Nava Quiroz, Vega Valero, Villagran Velazco & Soria Trujano (2010). *Estrategias de afrontamiento y alteración psicológica en niños*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Organización panamericana de la salud. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Fundación W.K. Kellogg.

Pereña, J. & Seisdedos N. (1997). *Escala de Estrategias de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

Perez-Sanchez, Antonio Miguel Poveda- Serra, Patricia & Gilar-Corbí, Raquel. (2010). Efectos del aprendizaje colaborativo en el uso de estrategias de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, sin mes.

Puerta de Klinkert, María Piedad. (2002). *Resiliencia, la estimulación del niño para enfrentar desafíos*. Buenos Aires: Lumen Hvmánitas.

Ruda Santolaria, M. (2009). Representaciones infantiles de la enfermedad: variaciones según edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico. *Revista de Psicología*. Vol. XXVII (1).

Secretaría de Comunicación Pública (2011). El cáncer cumple hoy un año en la agenda pública. Presidencia de la Nación. Recuperado de <http://www.prensa.argentina.ar>

Soriano (2002) Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, No. 75, Julio.

Vacchelli Sicheri, G. F. (2012). Resiliencia y factores de protección en la infancia. Recuperado de www.monografias.com

Valerio, M (2009). El cáncer en la adolescencia. *Diario El Mundo*, España. Recuperado de: [http:// www.elmundo.es](http://www.elmundo.es)

Vinaccia, S. Quiceno & J. M. Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. Recuperado de: <http://revistas.unal.edu.co/>



ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

..... con DNI n.º..... en
representación de en calidad de
....., manifiesto que he recibido toda la información
necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la
naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos y temporalidad que se
seguirán a lo largo del proceso.

Por lo que AUTORIZO a..... a
participar del trabajo de investigación llevado a cabo por estudiantes de la Facultad
de Psicología de la Universidad nacional de Mar del Plata.

Firma:

Aclaración:

..... Con DNI n.º.....
manifiesto mi deseo de participar en este trabajo de investigación sobre
características de resiliencia y estrategias de afrontamiento en adolescentes que se
encuentren bajo tratamiento oncológico o hayan finalizado el mismo, hasta que
decida lo contrario.

He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara,
comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos,
procedimientos y temporalidad que se seguirán a lo largo del proceso.

Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el
futuro.

Firma:

Aclaración:

Questionario A

Edad:

Sexo:

Localidad:

Barrio:

-¿Con quien vivís actualmente?:

-Ocupación de tus padres o tutor:

-¿Asistís a una institución educativa? Si No (marcá la que
corresponda)

Si la respuesta es afirmativa, respondé: -Primario: ¿en qué
año?



-Secundario

¿en qué

año?

Si la respuesta es negativa indicá el motivo:

-Edad en que fue diagnosticada la enfermedad por la que te atendés/
atendiste en el Hospital:

-¿Te encontrás en tratamiento médico actualmente?: ¿Qué
tratamiento?

-¿Qué tipo de tratamientos recibiste/recibís?:

-En caso de haber finalizado el tratamiento:

¿Cuánto tiempo duró el mismo?:

¿Hace cuánto lo finalizaste?

-¿Te sentís / te sentiste acompañado en el tratamiento por familia y/o
amigos?: Si No Más o menos

-¿Recibís / recibiste asistencia psicológica durante el tratamiento?:

-¿Alguna vez hiciste alguna consulta psicológica, psiquiátrica, psicopedagógica por otros motivos?

¿En qué momento?

¿Por qué motivo?

-Marcá con una cruz acontecimientos significativos vividos y cuánto te preocupó/molestó dicha situación:

Nada de preocupación Mucha preocupación

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Separación de los padres.

*Mudanza.

*Familiar enfermo.

*Fallecimiento de algún ser querido.

* Otras enfermedades.

*Otro acontecimiento:

Cuestionario B



Edad:

Sexo:

Localidad:

Barrio:

-¿Con quién vivís actualmente?:

-Ocupación de tus padres o tutor:

-¿Asistís a una institución educativa? Si No (marcá la que corresponda)

Si la respuesta es afirmativa, respondé: Primario ¿en qué año?

Secundario ¿en qué año?

Si la respuesta es negativa indicá el motivo:

-Marcá con una cruz acontecimientos significativos vividos y cuánto te preocupó/molestó dicha situación:

Nada de preocupación

Mucha preocupación

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Separación de los padres.

*Mudanza.

*Familiar enfermo.

*Fallecimiento de algún ser querido.

* Otras enfermedades.

*Otro acontecimiento:

-¿Alguna vez hiciste alguna consulta psicológica, psiquiátrica, psicopedagógica?

¿En qué momento?

¿Por qué motivo?



ACS

Forma General

(Fydenberg y Lewis, 1996)

Instrucciones: Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo general, etc. En este cuestionario encontraras una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar marcando la casilla correspondiente, las cosas que tu sueles hacer para enfrentar esos problemas difíciles. En cada afirmación debes marcar en la hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. Marque su elección en la hoja en la respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que creas que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

- | | |
|--|---|
| No me ocurre nunca o no lo hago | A |
| Me ocurre o lo hago raras veces | B |
| Me ocurre o lo hago algunas veces | C |
| Me ocurre o lo hago a menudo | D |
| Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia | E |

	A	B	C	D	E
1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuvieran el mismo problema					
2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema					
3. Seguir con mis tareas como es debido					
4. Preocuparme por mi futuro					
5. Reunirme con amigos					
6. Producir una buena impresión en las personas que me importan					
7. Esperar que ocurra lo mejor					
8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada					
9. Llorar o gritar					
10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema					
11. Ignorar el problema					
12. Criticarme a mí mismo					
13. Guardar mis sentimientos para mí solo					
14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas					
15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves					
16. Pedir consejos a una persona competente					
17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión					
18. Hacer deporte					
19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente					
20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades					
21. Asistir a clase con regularidad					
22. Preocuparme por mi felicidad					
23. Llamar a un amigo íntimo					
24. Preocuparme por mis relaciones con los demás					
25. Desear que suceda un milagro					
26. Simplemente, me doy por vencido					
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos)					
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema					
29. Ignorar conscientemente el problema					
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas					
31. Evitar estar con la gente					
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva					
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas					
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional					
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades					

36. Mantenerme en forma y con buena salud					
37. Buscar ánimo en otros					
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta					
39. Trabajar intensamente					
40. Preocuparme por lo que esta pasando					
41. Empezar una relación personal estable					
42. Tratar de adaptarme a mis amigos					
43. Esperar que el problema se resuelva por si solo					
44. Me pongo malo					
45. Trasladar mis frustraciones a otros					
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema					
47. Borrar el problema de mi mente					
48. Sentirme culpable					
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa					
50. Leer un libro sagrado o de religión					
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida					
52. Pedir ayuda a un profesional					
53. Buscar tiempo para actividades de ocio					
54. Ir al gimnasio o hacer ejercicio					
55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él					
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué					
57. Triunfar en lo que estoy haciendo					
58. Inquietarme por lo que puede ocurrir					
59. Tratar de haceme amigo íntimo de un chico o chica					
60. Mejorar mi relación personal con los demás					
61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando					
62. No tengo forma de afrontar la situación					
63. Cambiar las cantidades de lo que como bebo o duermo					
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema					
65. Aislarme del problema para poder evitarlo					
66. Considerarme culpable					
67. No dejar que otros sepan cómo me siento					
68. Pedir a Dios que cuide de mí					
69. Estar contento de cómo van las cosas					
70. Hablar del tema con personas competentes					
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos					
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema					
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir					
74. Inquietarme por el futuro del mundo					
75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir					
76. Hacer lo que quieren mis amigos					
77. Imaginar que las cosas van mejor					
78. Sufro dolores de cabeza o del estomago					

79. Encontrar una forma de aliviar la tensión por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas					
80. Anota en la hoja de respuesta cualquier cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas					



ESCALA DE RESILIENCIA PARA ADOLESCENTES

Por favor, piensa en **cómo has estado este último mes**, en tus pensamientos y en cómo te has sentido respecto a ti mismo y a las personas importantes en tu vida.

Marca la opción que mejor describa tus pensamientos y sentimientos. No hay respuestas correctas o incorrectas.

(Autores: Odin Hjemdal & Oddgeir Friborg)
Versión argentina: Castañeras *et al.* Grupo GIEPsi*

- Nombre _____
- Edad: _____
- Fecha de hoy: _____
- Sexo: _____ (Hombre/Mujer)

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Alcanzo mis objetivos si trabajo duro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doy lo mejor de mí cuando tengo los objetivos y las metas claras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo algunos amigos-as/familiares que habitualmente me animan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hasta el momento, estoy satisfecho/a con mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En mi familia compartimos la visión de lo que es importante en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo facilidad para hacer sentir cómodos a los que están a mi alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sé cómo alcanzar mis metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Siempre planifico antes de empezar algo nuevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Con mis amigos/as siempre nos mantenemos unidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento a gusto con mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hago nuevos amigos/as con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando me resulta imposible cambiar ciertas cosas, dejo de preocuparme por ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Soy bueno/a organizando mi tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo algunos amigos-as/familiares a los que realmente les importo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. En mi familia estamos de acuerdo en la mayoría de las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
16. Soy bueno/a para hablar con gente nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me siento competente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. En mi familia tenemos normas que simplifican la vida cotidiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Siempre tengo a alguien que me ayuda cuando lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cuando tengo que escoger entre varias opciones, casi siempre sé la que me convendrá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mi familia ve el futuro de forma positiva, aun cuando pasan cosas muy tristes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Siempre encuentro algo divertido de lo que hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. La confianza en mí mismo/a me ayuda a superar tiempos difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. En mi familia nos animamos los unos a los otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Siempre encuentro algo reconfortante que decirle a los demás cuando están tristes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cuando las cosas van mal tiendo a buscar lo bueno que puede salir de ello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. En mi familia nos gusta hacer cosas juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tengo algunos amigos/as /familiares que valoran mis cualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

